XXVI Congreso

Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria

SECPOO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

Comunicaciones en Panel

Bilbao 2016

8-10 de junio,

Sede: Paraninfo Bizkaia Aretoa

CP01 Utilidad de los injertos de pericráneo, para la colocación de implantes secundarios, en cavidades anoftálmicas retraídas

Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dr. Johnny Javier Castellar Cerpa, Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dra. Carolina Bruzual Lezama, Dr. Sebastián Prieto Briceño, Dra. Vanessa Cuadrado Claramonte, Dr. Xavier Graell Martín

Objetivo: Describir una técnica quirúrgica para la obtención de pericráneo y su utilidad en la reconstrucción de cavidades anofálmicas retraídas que requieren un implante secundario.
Materiales y Métodos: Presentamos una serie de tres casos clínicos de pacientes con cavidades anoftálmicas retrídas que requirieron colocación de implantes secundarios. A todos los pacientes se les colocó un implante orbitario poroso. Dada la ausencia de suficiente conjuntiva para cubrir el implante, recurrimos a la utilización de pericráneo para conseguir un mayor fondo de saco y cubrir el defecto sin dejar tensión. Durante tres meses de seguimiento se evaluó la conjuntivalización, el grado de inflamación, la adaptación de la prótesis ocular y la apariencia estética.
Resultados: En los tres pacientes se obtuvieron buenos resultados: la conjuntivalización fue rápida, además, la adaptación de la prótesis y la apariencia estética fueron satisfactorias. Subjetivamente, los pacientes están satisfechos y no han presentado molestias importantes.
Conclusiones: El uso pericráneo puede ser una herramienta de gran utilidad en la reconstrucción de cavidades anoftálmicas retraídas, proporcionando grandes ventajas respecto al uso de otros injertos, tales como: ausencia de cicatriz visible, facilidad para su obtención, bajo riesgo de infección y de dehiscencia de la herida en el área de obtención del injerto.

CP02 Implante secundario en paciente eviscerado de urgencia tras estallido ocular en accidente de tráfico

Dra. María Pilar Criado Muñoz, Dr. Nabil Ragai Kamel

Material y Métodos: Presentamos el caso de un varón de 25 años, que había sufrido un accidente de tráfico 3 años antes con politraumatismo facial y craneal, mas estallido ocular, que requirió ingreso en UCI durante meses con alto riesgo vital.
Al paciente se le había realizado una evisceracion incompleta de urgencia, sin colocación de implante. Portaba una cascarilla externa de gran tamaño para compensar la pérdida de volumen.
Tras la realización de pruebas de imagen y después de comprobar el buen estado de los fondos de saco se completó la evisceracion según la técnica de 4 pétalos, y se le colocó un implante de medpore de 20 mm. En el postoperatorio evoluciono favorablemente.

Resultados: Tras una evisceracion de urgencia debemos plantearnos, que muy probablemente se haya realizado por oftalmólogos no especializados en oculoplastica. También, es probable que no haya sido completa, con el riesgo de oftalmía simpática que esto conlleva. También hay casos descritos en la literatura de melanomas de coroides que asientan sobre ojos eviscerados. Si además no se les coloca implante, el resultado estético es muy pobre, y conlleva a la retracción escleral progresiva con atrofia de la musculatura extrínseca, dejando un muñón de escaso soporte y con un plano anterior pobremente móvil.

CP03 Implante de RTV orbitario causante de inflamacion de cavidad anoftalmica

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Silvana Schellini, Dra. Sara Toledo Lucho, Dra. Laila Algaphri, Dr. Sahar Elkhamary, Dr. Azza Maktabi

Objetivo: Prevenir a los Oculoplásticos de la posibilidad de inflamación de la cavidad anoftálmica secundaria a implantes intraorbitario, usados para repara aumentar volumeno repara fractura orbitarias.
Cases: Se trata de 2 cavidades anoftálmicas que tuvieron enucleación y multiples cirugías para aumentar el volume. Los paciantes padecían de dolor, gran secreción, inflamación crónica de la cavidad y contraccion de la cavidad grado 3. La inflamación no respondía a tratamineto antibiotic ni antiinflamatorio.
En la TAC se veía un curpor extraño hipodenso envuelto por una gran inflammación reactiva. Se procedió a la extirpación del cuerpo extraño. Este fur reconocido como RTV (Room themperature vulcanize) implante de silicona. Seis meses después de la extracción del cuerpo extraño los pacientes siguen sin inflammación en la cavidad
Resultados: En los pacientes con inflamación crónica en cavidades anoftálmica con multiples cirugías, que no responden a tratamiento medico, se debe sospechar un cuerpo extraño intraorbitario. Confirmado mediante TAC y proceder a su extirpación.

CP04 Diagnóstico tardío de dacriocistitis del recién nacido con resolución no quirúrgica

Dra. María Castroviejo Bolíbar, Dra. María Knight Asorey, Dra. M.ª Dolores Taboada Gago

Material y Métodos: A partir del séptimo mes de vida comienza la apertura del sistema lagrimal excretor a la fosa nasal. Según ciertos autores el 50% de los recién nacidos presentan una obstrucción de este sistema, que puede localizarse a distintos niveles:

Por encima del canal lacrimonasal (LN), poco frecuente en recién nacidos y muy frecuente en adultos. O en la porción inferior del canal LN, el hallazgo más habitual.
Esta oclusión del meato inferior es debida a la presencia de detritus epiteliales, a la existencia de una membrana mucosa o con mucha menos frecuencia, a un obstáculo óseo o una desembocadura anómala del canal LN.
Resaltar la importancia de un diagnóstico etiológico correcto para evitar complicaciones posteriores.
Resultados: Paciente de 4 años con historia de epífora desde los 6 meses de edad y conjuntivitis crónica, tratadas por su pediatra.
La primera vez que acude a nuestro hospital presenta un cuadro de dacriocistitis aguda y celulitis preseptal izquierda de 24 horas de evolución, acompañado de dolor intenso, malestar general, postración y fiebre.
Se recoge una muestra para cultivo, antibiograma y se instaura tratamiento antibiótico empírico y antiinflamatorio.
Vía oral utilizamos Amoxicilina y una combinación de enzimas proteolíticas. Por vía local la asociación de Penilicina G y Gentamicina y Diclofenaco.
A las 48 horas, el cuadro ha mejorado espectacularmente y a los 10 días no hay edema, eritema ni secreción. Ya no existe dolor a la palpación ni se producen descargas mucopurulentas a la presión prelagrimal.
La madre refiere desaparición del lagrimeo: instilamos una gota de azul de metileno en el fondo de saco conjuntival y observamos como el colorante tiñe la fosa nasal.
Realizamos un lavado de vías que confirma la permeabilidad del sistema lagrimal excretor.
Sobre la base de una dacriocistitis crónica del recién nacido no tratada adecuadamente puede desarrollarse una dacriocistitis aguda. La resolución de este cuadro puede acelerarse por fistulización espontánea.
La fístula generalmente es externa y por lo tanto no soluciona el factor etiológico. Existen casos infrecuentes donde la fistulización hacia la fosa nasal determina la permeabilización de la vía excretora, con la consiguiente curación de la epífora.

CP05 Tutorización bicanalicular en dacriocistorrinostomía externa: permanencia a largo plazo

Dra. Elena del Fresno Valencia, Dra. Ana Ichaso Ortueta Olartecoechea, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Silvia Pérez Trigo, Dr. Álvaro Bengoa González

Material y Métodos: Descripción de un caso clínico de una mujer de 55 años de edad que 8 años antes fue operada de dacriocistorrinostomía externa del

lado izquierdo sin complicaciones y con colocación de tutorización bicanalicular con tubo de silastic y anudamiento en fosa nasal sin fijación. Acude a urgencias porque nota que le sale algo por la zona del canto interno, con enrojecimiento y secreciones desde hace 15 días. No había acudido a ninguna revisión posterior a la cirugía y no había tenido problema alguno hasta ese momento. Se retira la tutorización sin complicación. Se instaura tratamiento con colirio antibiótico de gentamicina durante 7 días y se comprueba la permeabilidad de la vía lagrimal por siringación.

Resultados: La tutorización bicanalicular en la cirugía de dacriocistorrinostomía externa ha sido usada con mucha frecuencia. Nunca se ha demostrado que fuese un factor pronóstico importante en el resultado con éxito de la misma. Debe permanecer al menos 8 semanas, habiéndose publicado que una intubación prolongada tiene mejores resultados. Actualmente, se coloca una tutorización monocanalicular o bicanalicular según la experiencia del cirujano.

La facilidad de inserción y retirada y el bajo riesgo de lesión del punto lagrimal y de la córnea la hacen más segura que la bicanalicular. Aunque las tutorizaciones siguen siendo discutidas, sus ventajas hacen que puedan ser usadas como factor de seguridad en el resultado de la dacriocistorrinostomía externa.

CP06 Falso mucocele secundario a poliposis nasal

Dr. John Paul Liscombe Sepulveda, Dr. Raúl Martínez Belda, Dr. Antonio Duch Samper

Material y Métodos: Presentamos el caso de un varón de 68 años de edad que acude a nuestra consulta por epífora en ojo izquierdo a pesar de dacriocistorrinostomía (DCR) clásica previa. En la exploración descata vía permeable a la irrigación con aumento de volumen crónico en zona de saco lagrimal izquierdo. El paciente no había sufrido episodios de dacriocistitis agudas anteriormente.

Resultados: Previa a la indicación de cirugía se solicita valoración por otorrinolaringología en la que se observa poliposis nasal. Se realiza Tomografía Computarizada (TC) en la que se observa una remodelación y adelgazamiento de huesos propios y apófisis frontal de hueso maxilar, además de tejido blando concordante con poliposis en espacio nasal.

Estos hallazgos podrían tener su explicación por la propia herniación de la poliposis hacia el ostium naso lagrimal izquierdo creado durante la DCR o bien que el desgaste óseo provocado por el pólipo permitiera su herniación sin existir nunca un mucocele verdadero.

Según nuestro conocimiento tan sólo han sido publicados 2 casos con la misma afección naso-orbitaria. Aunque es una rara causa de fracaso de DCR, no debe excluirse ante una clínica compatible.

CP07 ¿Qué esperar en la Enfermedad ocular relacionada con Ig-G4?

Dra. Cristina Abascal Azanza, Dra. Alicia Zubieta Garciandía, Dra. Gina de Lima, Dra. Alicia Zubicoa Eneriz

Material y Métodos: La enfermedad relacionada con IgG4 es un proceso inflamatorio definido recientemente y se caracteriza por la infiltración de células plasmáticas IgG4 en los tejidos afectos. Las localizaciones envueltas más frecuentemente son el páncreas, el tracto hepatobiliar, las glándulas salivales, los ganglios linfáticos, el retroperitoneo y la órbita, en especial la glándula lagrimal. Siendo rara en otros sitios o anejos oculares.
Se presenta el caso de una mujer de 44 años con una masa en el párpado superior derecho de 6 meses de evolución. Inicialmente se sospechó un chalazión y fue drenado hasta en dos ocasiones, junto con tratamiento antibiótico vía oral y terramicina tópica ; así mismo se realizaron dos inyecciones de triamcinolona con escasa respuesta y persistencia de la inflamación local. También se realizó biopsia de la masa con resultados poco concluyentes. En el estudio de imagen de tomografía axial computarizada se describió un aumento de partes blandas de párpado con propagación superolateral. Finalmente y ante la constante recurrencia de la lesión tarsal se decidió realizar la extirpación completa de la misma mediante la técnica quirúrgica de Cutler-Beard. En el estudio anatomopatológico se observaron características morfológicas e inmunofenotipicas (CD 138, kappa, lambda, IgG e IgG4). De forma paralela al proceso oftalmológico la paciente desarrolló dos lesiones sobre el arco cigomático y parótida derechas pendientes de estudio por parte del servicio de cirugía máxilofacial.
Resultados: El estudio anatomopatológico reveló un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con células plasmáticas IgG4 + ,así como la formación de centros germinales. También se observaron mínimos focos de esclerosis y ausencia de flebitis y malignidad. Los niveles séricos de IgG fueron de 1439 mg/dl (rango de referencia, 952-1538 mg/dl) y los de IgG4 46 mg/dl (rango de referencia, 8-140 mg/dl). La patología tarsal del espécimen mostró 27 células plasmáticas IgG4 positivas por HPF y la relación de IgG4/IgG fue menor del 40%. Por lo que de acuerdo a los criterios diagnósticos basados en el consenso para IgG4-RD no se pudo establecer el diagnóstico como tal. Sin embargo, la afectación tarsal en este proceso ha sido muy poco estudiada y se conocen muy pocos casos descritos en la bibliografía (nosotros hemos encontrado solo dos), por lo que sumado al aumento del riesgo de varias enfermedades malignas que presentan estos pacientes, en particular Linfoma no Hodgkin , consideramos que se debería hacer hincapié en la importancia del correcto diagnóstico de IgG4-RD incluyendo el chalazión recurrente como diagnostico diferencial.

CP08 Nuestra experiencia en el manejo de la eversión palpebral bilateral congénita; a propósito de un caso

Dra. Cristina Abascal Azanza, Dra. María Antonia Ardanaz Aldave, Dr. Enrique Borque Rodríguez-Maimón, Dr. Pablo Plaza Ramos

Material y Métodos: La eversión congénita del párpado superior es una condición inusual. Un bajo número de casos se han descrito en la literatura y la patogénesis sigue siendo desconocida.
El propósito de este informe es describir un caso de eversión congénita bilateral del párpado superior con marcada quemosis conjuntival y su manejo de forma conservadora.
La paciente fue una recién nacida de treinta minutos de edad, con eversión bilateral congénita del párpado superior y marcada quemosis tras un nacimiento con meconio en las aguas. Siendo normal el resto del parto.
El tratamiento conservador consistió en la aplicación de la profilaxis antibiótica normal del recién nacido y la reposición manual del párpado junto con la oclusión ocular bilateral durante la noche.
Resultados: Los párpados recobraron su posición anatómica normal de forma espontánea al cabo de doce horas y la condición se resolvió por completo en la primera semana.
La eversión congénita del párpado superior es una condición poco común que responde bien al tratamiento conservador. Es importante transmitir el manejo fácil de esta entidad para lograr la resolución completa y evitar complicaciones graves.

CP09 Distrofia miotónica de Steinert: un reto quirúrgico

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Juan Carlos Pastor Bernier, Dr. Álvaro de Casas Fernandez

Caso clínico: Paciente varón de 28 años con Distrofia Miotónica de Steinert que acude por epífora y molestias oculares de años de evolución. A la exploración oftalmológica el paciente presentaba una hiperemia conjuntival intensa y una queratopatía crónica por exposición debido a una retracción palpebral inferior bilateral por su miotonía y una hipoplasia malar, lo que unido a un parpadeo incompleto y a un mal fenómeno de Bell le ocasionaba la sintomatología. Además presentaba una ptosis palpebral bilateral moderada en ambos ojos y ptosis de pestañas.
Tras varios meses con multitud de tratamientos tópicos sin éxito asociado a tapones lagrimales y oclusión nocturna, continuó con un progresivo defecto epitelial corneal inferior más acentuado en el lado izquierdo, por lo que se propuso una cirugía palpebral inferior transconjuntival con espaciadores de injerto de cartílago auricular y acortamiento lateral bilateral.

Tras la intervención se obtuvo un buen resultado estético y funcional con mejoría de los síntomas aunque persistencia de un ligero lagoftalmos por debilidad orbicular tratada con suero autólogo del propio paciente.
Conclusión: La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica tipo 1, es la más frecuente de las distrofias musculares de aparición en la edad adulta y su prevalencia se estima en 1/20 000 habitantes.
Se trata de una enfermedad muscular caracterizada por miotonía y daño multiorgánico que combina diversos grados de debilidad muscular con especial afectación ocular.
La cirugía palpebral es especialmente compleja en estos casos y debe siempre ir encaminada a mejorar la calidad de vida del paciente aliviando su sintomatología y evitando alterar el delicado equilibrio palpebral y prevenir futuras complicaciones oculares.

CP10 Acetónido de Triamcinolona intralesional en el tratamiento del Chalación: experiencia en el Instituto Provincial de Oftalmología de Madrid

Dr. Cristian Carranza Neira, Dr. Francisco Alcantud Jiménez, Dr. Rubén Yela Delgado, Dra. Carlota Gutiérrez Gutiérrez, Dr. Ignacio Maestre Mulas

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo incluyendo 41 pacientes con 49 chalaciones en los que se analizó la eficacia de 1 o 2 inyecciones de Acetónido de Triamcinolona (AT) intralesional separadas 2 semanas y con un seguimiento a 2 semanas de la última inyección.
Se inyectó 4 mg de AT por vía transcutánea o transconjuntival a 49 chalaciones y se recogieron variables demográficas, número de chalación, tamaño, comorbilidades, frecuencia de curación y complicaciones del tratamiento.
Se consideró como curación la desaparición completa del chalación.
Se utilizó SPSS versión 23.0 para realizar el análisis estadístico.
Resultados: Se inyectó AT intralesional 49 chalaciones de 41 pacientes, 63,3% por vía transconjuntival y 36,7% por vía transcutánea.
Se obtuvo una frecuencia global de curación del 91,8% de los cuales 59,2% solucionaron con 1 inyección de AT. El 32,6% restante precisó 2 inyecciones para la resolución de la lesión.
El 77,8% de los chalaciones con tamaño menor a 5 mm respondieron a 1inyección de AT mientras que la tasa de resolución fue del 51,6% para las lesiones mayores a 6 mm ($p=0,07$) que bordea la significancia estadística.
El 55,6% de las inyecciones TA por vía transcutánea presentaron precipitados cristalinos y el 16,7% despigmentación cutánea mientras que éstas complicaciones no se presentaron en ningún caso por abordaje transconjuntival ($p<0,01$ y $p<0,05$ respectivamente).

CP11 Pilomatrixoma (epitelioma calcificante de Malherbe) a proposito de un caso

Dra. Laura Fernández del Cotero Secades, Dra. Jessica Botella García, Dra. Marta Mármol Díaz, Dr. Gorka Martínez Grau

Material y Métodos: Presentamos el caso de un niño de 6 años de edad que presentaba una tumoración redonda en párpado inferior, previamente diagnosticada de chalazión de grandes dimensiones. Tras su extirpación y estudio anatomopatológico se califica como pilomatrixoma (epitelioma calcificante de Malherbe), un tumor benigno derivado de los folículos pilosos. Se trata de una lesión que aparece más frecuentemente en niños y adultos jóvenes, en forma de pequeño nódulo dérmico o subcutáneo de consistencia dura debido a la frecuente calcificación intratumoral.
Resultados: Se trata de una rara entidad, que pocas veces se diagnostica clínicamente, siendo su tratamiento definitivo la extirpación completa de la lesión. Es necesario realizar histología de la lesión completa por la posible confusión con carcinoma de células basales.

CP12 Patología mucosinequiante y membrana amniótica: éxito terapéutico

Dra. Diana Elizabeth Fuentes Ventura, Dra. Blanca García-Valcárcel González, Dr. Miguel Ángel Ordóñez Lozano

Material y Métodos: Presentamos el caso de un varón de 30 años que acude a urgencias con afectación del estado general y dificultad respiratoria. Antecedente de tratamiento farmacológico con: b-lactámicos, aines, paracetamol y n-acetilcisteína. Presenta a nivel cutáneo lesiones costrosas y descamativas en labio inferior y superior, con membranas blanquecinas. A nivel oftalmológico presenta: lesiones ampollosas palpebrales, abundantes secreciones en ambos ojos con pseudomembranas en conjuntivas tarsales superiores e inferiores, hiperemia ciliar moderada y reacción folicular intensa. Con presencia de úlceras corneales en ambos ojos. El paciente es diagnosticado de Sindrome de Steven Jonhson (SSJ), Se instaura tratamiento con antibióticos y corticoides, suero autologo, pomada frecuente y retirada de membranas inflamatorias y liberación mecánica de los fondos de saco cada 12 horas. Finalmente se realiza trasplante de membrana amniótica bilateral con colocación de conformadores «en cama» considerando el estado general del paciente (estado febril). Días después se retira el conformador, observándose una mejoría muy significativa del estado de la superficie ocular y resolución del compromiso palpebral sin secuelas. Al seguimiento el paciente presenta una agudeza visual (AV 1 AO), en la exploración no adherencias ni complicaciones relacionadas al compromiso palpebral y en la biomicroscopia una córnea transparente en ambos ojos.

Resultados: El SSJ consiste en una reacción vesiculobullosa mucosinequiante tipicamente secundaria a medicamentos (hipersensibilidad tipo III). Afecta usualmente a piel y mucosas. Las áreas mucosas son quienes presentan mayor compromiso (69-81%) produciendo cambios en la anatomía de la conjuntiva, párpados y vías lagrimales, alterando las células productoras de mucina y ductos lagrimales que pueden conducir a la formación de simblefaron, falla de las células madre limbares y queratinización de la superficie ocular.
La afectación ocular aguda dura de 2-6 semanas y suele comenzar como una conjuntivitis muco-purulenta bilateral, a veces acompañada de uveitis anterior o ulceras corneales que conllevan alto riesgo de perforación. Posteriormente se pasa a un estadío crónico cicatricial, que conlleva: simblefaron, triquiasis, ectropion, lagoftalmos, sindrome de ojo seco, erosiones, leucomas o vascularización corneal, etc.
Las secuelas oftálmicas pueden llegar a ser devastadoras con un tratamiento inadecuado o ausente durante y después de la fase aguda.
No existe tratamiento específico. El tratamiento convencional ocular incluye: antibióticos y corticoesteroides tópicos, lágrimas artificiales libres de conservantes y/o suero autólogo. La retirada periódica de posibles membranas y/o adherencias resulta fundamental para evitar posibles complicaciones en relación a un posible acortamiento secundario de los fondos de saco. El suero autólogo, debido a sus múltiples propiedades, supone un tratamiento coadyuvante imprescindible.
El transplante de membrana amniótica (TMA) es la técnica actual considerada como el gold estándar en el manejo de un SSJ agudo así como en su variante más severa que es la necrolisis epidermoide tóxica (NET). Es importante cubrir con MA la mayor cantidad de superficie ocular posible revistiéndo córnea, conjuntiva y fondos de saco.
El uso de MA tiene un efecto antifibrótico y antiinflamatorio, sirve como soporte para el crecimiento epitelial nuevo, formando parte de una barrera en contra de la formación de simblefaron. Se han planteado varias técnicas de realizarlo, siendo una de ellas el poner un fragmento de MA en ambos ojos "sin sutura", especialmente cuando el estado general del paciente impide la realización del procedimiento en quirófano. Este procedimiento puede no resultar eficaz si no se mantienen los fornices libres para evitar adherencias; esto se soluciona con la colocación de un conformador, como en el caso de este paciente. El TMA sin uso de suturas es menos invasivo y menos molesto para el paciente, y técnicamente más sencillo.

CP13 Extirpación accidental de la glándula lacrimal en cirugía de ptosis

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Sara Toledo Lucho, Dra. Patricia Akashi, Dr. Augusto Cruz

Objetivos: Poner de manifiesto que a extirpación accidental de la glándula lacrimal es una complicación muy rara en la cirugía de la ptosis.

Caso: Repotamos dos casos de niños que fueron sometidos a una resección supramáxima del elevador del párpado superior.
Después de la cirugía ambos pacientes desarrollaron ojo seco severo. Los padres notaron la ausencia de lágrimas en el lado operado, cuando los niños lloraban.
En el TAC se demostró la ausencia de gladula lacrimal en el lado operado.
Resultados: Los ciruganos Oculoplásticos deben prestar especial atención a la antomia del músculo elevador del párpado superior y a las relaciones anatómicas de éste. Así se podrán evitar lesiones a estructuras tan importantes como la glándula lacrimal.

CP14 Tratamiento con ipilimumab en melanoma conjuntival con diseminación regional

Dra. Esther Gallardo Pérez, Dra. Nuria Manrique, Dra. Anna Leszczynska, Dr. Luis Fernández Morales, Dr. Manuel Romera Becerro

Material y Métodos: Presentamos un paciente de 70 años diagnosticado de melanoma conjuntival de párpado inferior derecho con afectación de ganglios parotídeos, estadio IIIB.
Se realizó extirpación local, vaciamiento ganglionar laterocervical y parotidectomía, y a continuación radioterapia. Apareció recidiva local en párpado y órbita y se optó por quimioterapia paliativa con fotemustina y paclitaxel. A pesar del tratamiento progresó la diseminación cutánea del melanoma, afectando extensamente a la mitad derecha de la cara y cuello.
Resultados: Se decidió iniciar tratamiento con ipilimumab, un anticuerpo monoclonal contra el receptor CTLA-4. Esta inmunoterapia induce la proliferación y activación de los linfocitos T citotóxicos. En cuatro meses se observó una respuesta clínica espectacular, con desaparición de las lesiones faciales.
El ipilimumab es una nueva opción terapéutica para pacientes con melanoma diseminado no tratables mediante cirugía o radioterapia.

CP15 Ptosis mecánica por xantogranuloma juvenil

Dra. María García Zamora, Dra. Victoria Marqués Fernández, Dra. Inés Llorente González, Dra. Carlota Pazó Jáudenes

Material y Métodos: Varón de 6 años de edad que acude a la consulta de oftalmología con un nódulo en el párpado superior de su ojo derecho de 5 meses de evolución que había experimentando en las últimas dos semanas un rápido crecimiento. Al momento de la exploración medía 1 cm de diámetro y mostraba una coloración rosada con una ulceración central. Producía una ptosis mecánica y una ligera entropización del párpado superior por lo que se realizó una biopsia-extirpación con resultado de xantogranuloma juvenil (XGJ).

Resultados: Anatomopatológicamente la lesión consistía en una colección de histiocitos, células de Touton, células gigantes multinucleadas, linfocitos y eosinófilos. Los estudios de inmunohistoquímica fueron positivos para CD68.
El resultado estético tras su extirpación fue favorable con una completa resolución de la ptosis.
El XGJ es un tumor benigno y autorresolutivo de células histiocíticas de aparición predominante en la infancia (60% antes del año de edad). Se ubica dentro del grupo de histiocitosis tipo II y es derivado de células dendríticas. Su etiología es aún desconocida. Pueden presentar compromiso extracutáneo siendo el ojo la localización más frecuentemente afecta (0,3-10% de los pacientes) seguido del sistema nervioso central, pulmones, hígado y bazo. Por ello debe examinarse íntegramente a los pacientes y solicitar las pruebas complementarias necesarias en caso de sospecha multisistémica. Las lesiones cutáneas como la que presentaba nuestro paciente tienden a mostrar una lenta involución entre 1 y 6 años después de su aparición lo que hizo que fuera necesaria su extirpación debido al riesgo de ambliopía por la ptosis mecánica que producía, manteniéndose la agudeza visual en los controles postoperatorios en 1 en ambos ojos con un buen resultado estético y funcional.

CP16 Reconstrucción compleja del párpado inferior y canto interno, utilizando injerto de pericráneo y colgajo rotacional de Mustardé

Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dr. Johnny Castellar Cerpa, Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte, Dra. Carolina Bruzual Lezama, Dr. Sebastián Prieto Briceño, Dr. Xavier Graell Martín

Objetivo: Describir una técnica quirurgica para reconstruir el párpado inferior y el canto interno en un paciente con gran defecto cutáneo secundario a la resección de un carcinoma basocelular infiltrante.
Caso Clínico: Paciente de 68 años, con tumoración en párpado inferior de 4 años de evolución. En la exploración inicial se observó un área tumoral extensa que comprometía el canto interno y dos tercios del párpado inferior izquierdo.
Tras la realización de una biopsia de la lesión se confirmó la presencia de un carcinoma basocelular infiltrante con componente morfeiforme. Posteriormente se realizó resección del tumor hasta conseguir márgenes libres, quedando un gran defecto cutáneo con compromiso del canto interno, 2/3 de párpado inferior y 2.5 cm de la región malar.
En un segundo tiempo quirúrgico se realizó la reconstrucción del defecto utilizando pericraneo para formar la lamela posterior. Sobre éste injerto se realizó colgajo rotacional de Mustardé.
Resultados: El resultado estético fue satisfactorio desde el primer momento.
Después de 4 meses de seguimiento el paciente tiene una apariencia adecuada, sin lagoftalmos, con un buen soporte palpebral y sin recidiva tumoral.

Conclusiones: La reconstrucción del párpado inferior y el canto interno muchas veces supone un gran reto para el cirujano oculoplástico. El uso de pericráneo asociado a un colgajo de Mustardé puede ser una buena alternativa quirúrgica, para obtener adecuados resultados estéticos y funcionales, en pacientes con grandes defectos palpebrales.

CP17 Ptosis mecánica recidivante y entropion de tercio externo de párpado superior por neurofibroma plexiforme palpebral

Dra. Trinidad Infante León, Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. Javier Gálvez Martínez, Dr. José Juan Valdéz González, Dra. Carmen Ispa Callén, Dr. Fernando González del Valle

Material y Métodos: Descripción de un caso clínico de una mujer de 40 años con diagnóstico de neurofibromatosis que acude para resección de neurofibroma plexiforme de hemifacies izquierda que incluye párpado superior. Tiene antecedente de dos resecciones parciales de éste en 1999 y 2000.
Presenta ptosis que alcanza el eje visual, hendidura de 6 mm. Se realiza en el año 2013 nueva cirugía en la que se observa desinserción completa de la aponeurosis del elevador y presencia de neurofibroma profundo de límites no definidos. Se realiza reinserción de la aponeurosis del músculo y resección parcial del tarso externo de zona infiltrada por neurofibroma, reinsertando luego el canto externo. En el postoperatorio la hendidura es de 10 mm, pero se queja de sensación de cuerpo extraño, objetivándose ojo seco con un test de Shirmmer I de 5 mm en ambos ojos. Se pautan lágrimas artificiales.
En año 2014 en la evolución se observa entropión de tercio externo del párpado superior de ojo izquierdo y una queratitis secundaria; realizándose en el 2015 una fractura tarsal de tercio temporal del párpado superior, y exéresis parcial de piel sobrante de párpado superior, canto externo y fosa temporal próxima.
Resultados: En la última valoración no presenta entropion ni queratitis, continúa con uso de lágrimas artificiales por la hiposecreción lagrimal; tras sucesivas resecciones del párpado. Persiste leve ptosis mecánica pero la pupila esta libre, manteniendo así, un campo visual funcional y el aspecto general es mejor.

CP18 Análisis de la correlación clínico e histológica de los tumores palpebrales intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Oculoplastia

Dra. Amparo Lanuza García, Dra. Mar Puig Marco, Dra. Desamparados Pérez Mestre

Material y Métodos: El objetivo de nuestro trabajo ha sido estudiar las lesiones palpebrales extirpadas en el Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, durante el pe-

riodo 2011-2016 y evaluar su correlación clínico-histopatológica. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo en el que se recogieron datos de 160 lesiones palpebrales, mediante una revisión de informes de anatomía patológica e historias clínicas de esas las lesiones.
Resultados: Encontramos un 49,43% de lesiones benignas y un 50,56% de malignas, la mayoría carcinomas basocelulares. Un 10,56% correspondieron a lesiones de mayor grado de malignidad como el carcinoma sebáceo, o el tumor de Merckel. La edad de presentación es más alta para los tumores malignos: 71,67 años y en las benignas fue de 59,68 años. La localización mas frecuente la hallamos en el párpado inferior seguido del parpado superior y el mas esporádico el canto externo. Hemos obtenido una buena correlación clínico-histopatológica en el caso de las lesiones malignas en nuestro Servicio pues la sensibilidad del diagnóstico clínico de malignidad ha sido del 91% y la especificidad del 79,3%.

CP19 Fascitis necrosante periorbitaria

Dra. Alicia López de Eguileta Rodríguez, Dra. Rosalía Demetrio Pablo, Dra. Elena Sandoval, Dr. Servando Lazuén Fernandez, Dra. Isora Follana

Material y Métodos: Se remite el caso de un paciente de 87 años que acudió al servicio de urgencias de oftalmología por celulitis preseptal en el párpado superior izquierdo, con área de epidermolisis discreta. Refería una evolución de menos de 24 horas y síndrome general asociado.
Se realizó TAC orbitario urgente, donde se descartó afectación orbitaria.
Por afectación del estado general se decidió ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico endovenoso (augmentine cada 8 horas) y curas locales.
A las 24 horas del ingreso, la zona de epidermolisis comenzó a ulcerarse, apareciendo al poco tiempo una placa de fibrina con área de necrosis circundante de piel y orbicular, que englobó posteriormente a todo el párpado superior. En una semana la necrosis no avanzó y la evolución fue favorable, con disminución del edema. Se decidió desbridamiento con eliminación de los restos de tejido desvitalizado dejando expuesta la lesión subyacente y se dejó curar por segunda intención. Al cabo de dos semanas se decidió alta con tratamiento antibiótico oral ambulatorio.
Actualmente y después de tres semanas, el paciente evoluciona favorablemente y presenta buen aspecto estético.
Resultados: La celulitis preseptal es un cuadro banal que se resuelve habitualmente de manera ambulatoria. Se debe prestar especial atención a los pacientes con ciertos factores de riesgo (alcohol, inmunosupresión, infecciones) en los cuales la celulitis puede complicarse con una fascitis necrosante, una infección rara y grave que afecta al tejido subcutáneo, requiriendo un manejo y tratamiento endovenoso urgente dada su severidad.

En el caso que nos ocupa, el paciente solo presentaba un síndrome constitucional que en un primer lugar no dio sospecha de evolución desfavorable.
Se recogieron muestras para microbiología hasta en tres ocasiones, siendo el resultado siempre negativo y se hizo un seguimiento fotográfico de la evolución clínica. Se concluyó con el diagnóstico de fascitis necrosante por el sugerente aspecto clínico no adquiriéndose una correlación clínica-microbiológica por inadecuada toma de las muestras.

CP20 Carcinoma Basocelular en canto interno: reconstrucción con colgajo en rombo

Dra. Carolina Mateos Vicente, Dra. María Pilar Criado Muñoz, Dra. María Inmaculada Díez Guerra, Dr. José García Hinojosa

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 82 años de edad que acude a la consulta para revisión rutinaria, observándose como hallazgo casual una lesión sospechosa, de bordes mal definidos, en canto interno de ojo derecho. Se realiza una biopsia con sacabocados de 3 mm, con diagnóstico de carcinoma basocelular con patrón de crecimiento infiltrativo.
Se realiza extirpación quirúrgica del tumor con márgenes de seguridad y reconstrucción del defecto con colgajo en rombo.
Resultados: Se muestra el buen aspecto y la buena cicatrización de la zona en el postoperatorio inmediato y al mes de la cirugía. El informe anatomopatológico de la pieza es informado como carcinoma basocelular de patrón esclerodermiforme que infiltra uno de los márgenes laterales de la cuña remitida. Se plantea a la paciente la reintervención, pero la rechaza y sigue revisiones periódicas en la consulta.
Destacar la importancia de la cirugía micrográfica de Mohs para asegurar la eliminación completa del tumor, sobre todo ante tumores de bordes mal definidos, agresivos histológicamente y en zonas de alto riesgo como el canto interno del ojo.

CP21 Neuroma encapsulado en empalizada palpebral. Tumor excepcional en esta localización

Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Ana I. Ortueta Olartecoechea, Dr. Rodolfo R. Aburto Nogueira, Dr. Óscar Toldos González, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Silvia Pérez Trigo

Material y Métodos: Mujer de 74 años con historia clínica de lesiòn palpebral localizada en párpado superior derecho de un año de evoluciòn. A la exploraciòn presentaba una tumoraciòn de aspecto nodular, perlada, firme, elástica y bien delimitada. No pigmentada. No había presencia de vascularizaciòn superficial ni

antecedente de sangrado. El diámetro en toda su extensiòn fue de 3 mm. La paciente no presentaba ninguna otra lesiòn cutánea. El diagnòstico clínico fue de carcinoma de células basales tipo nodular.
Resultados: Se realizó una escisión mediante un ojal de piel que incluía la lesión y márgen de seguridad de 3 mm. El diagnóstico histopatológico fue de neuroma encapsulado en empalizada por la presencia de una cápsula periférica de células espinosas y un centro con células neuroides y extremos cónicos sin relación con nervio periférico con tinción de hematoxilina y eosina. Con inmunohistoquímica fue positivo a la proteina S100. No ha recurrido después de 10 años.
El diagnóstico clínico diferencial es con carcinoma de células basales y con papiloma escamoso. Y el histopatológico con schwannoma y con neurofibroma.
Fue descrito por primera vex por Reed en 1972 y la localizaciòn palpebral por Dubovy en 2001. Es de naturalization benigna. Solo han sido publicados previamente 4 casos en la literatura médica (PubMed).

CP22 Triple procedimiento en la correccion quirurgica del ectropion paralítico severo

Dra. María Dolores Miranda Rollón, Dra. Marta Beatriz Rodríguez Cavas, Dr. Juan José de Haro Luna, Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. Concepción Molero Izquierdo

Material y Métodos: Paciente varón de 79 años de edad que acude a la sección de Oculoplástica para valoración de ectropión paralítico por parálisis facial secundaria a traumatismo de varios meses de evolución que fue tratado por servicio de Otorrinolaringología con corticoides sin mejoría significativa.
Como antecedentes personales de interés destacamos hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus no insulíndependiente.
A la exploración presenta ectropión completo de párpado inferior con eversión y exposición de conjuntiva subtarsal y signo de Bell abolido. A nivel superior presenta ptosis importante de la ceja.
Con el diagnóstico de ectropión paralítico de grado severo se procede a abordaje quirúrgico del paciente.
Se realiza triple procedimiento de Lifting de tercio medio de la cara por vía transcutánea y subperióstica con injerto espaciador de cartílago auricular y tira tarsal lateral anclada a periórbita superior.
Resultados: El triple procedimiento de elevación de tercio medio facial junto con injerto espaciador y cantopexia lateral es la técnica quirúrgica de elección en pacientes con ectropión paralítico severo.
Hay multitud de variaciones según el abordaje que empleemos así como la elección del injerto espaciador pero todas ellas muestran resultados satisfactorios aunque a veces no sean definitivos.

CP23 Caso clínico: hemangioma epitelioide palpebral

Dra. Ana Ortueta Olartecoechea, Dr. José Luis Torres Peña, Dra. Almudena de Pablo Cabrera, Óscar Toldos González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Silvia Pérez Trigo

Material y Métodos: Varón de 76 años sin antecedentes oftalmológicos ni sistémicos de interés, acude a consulta de oftalmología refiriendo lesión palpebral con rápido crecimiento de un año de evolución en tercio externo de párpado superior de ojo izquierdo y a 0,7 cm de su borde libre. De 0,5 cm de longitud, pedunculado, color rojo con queratosis distal. Se plantea el diagnóstico clínico de granuloma piógeno. Se realiza escisión mediante ojal de piel que incluye la lesión.
Resultados: La pieza es informada por anatomía patológica como proliferación vascular bien delimitada, no encapsulada, situada en dermis reticular, constituida por células endoteliales de morfología epitelioide (núcleo redondeado-oval, a veces con nucléolo prominente y citoplasma amplio y eosinófilo) sin signos de agresividad histopatológica, y entremezclada con un rico infiltrado inflamatorio con presencia de eosinófilos compatible con hemangioma epitelioide.
El hemangioma epitelioide también conocido como hiperplasia angiolinfoide con eosinófilia, comparte características clínicas con la enfermedad de Kimura, y aunque son considerados diferentes estadios de la misma enfermedad a día de hoy se conocen como entidades diferentes. Fue descrito por primera por Wells y Whimster en 1969.
Es una lesión infrecuente, benigna que afecta sobre todo cabeza y cuello, siendo la afectación periocular excepcional pudiendo afectar a los párpados, orbita y simular un pseudotumor inflamatorio. Puede haber casos de regresión espontánea. La exéresis suele ser curativa, como lo fue en nuestro caso. Sin embargo existe la posibilidad de afectación orbitaria con recurrencia, siendo necesario el tratamiento médico, ya que la mayoría es corticorresitente y puede tener buena respuesta a antiangiogénico local.

CP24 Retracción palpebral como complicación a cirugía combinada de glaucoma pseudoexfoliativo

Dra. María Inmaculada Paños Palacios, Dra. María Antonia Fagúndez Vargas, Dra. Isabel Pérez González, Dra. María José Carrilero Ferrer, Dr. José Manuel Ortiz Egea

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente con glaucoma pseudoexfoliativo intervenida de Facoemulsificación + Lente intraocular + EPNP en ojo derecho ante la imposibilidad de controlar las cifras de tensión ocular a pesar de triple terapia farmacológica. El postoperatorio cursa con hipotalamia secundaria

a hiperfiltración que se resolvió sin maculopatía asociada. A los 10 meses de la cirugía comienza a destacar retracción palpebral del párpado superior de predominio en tercio externo del ojo intervenido que deja ver la ampolla de filtración. Se deriva a la unidad de oculoplastia, objetivando la retracción palpebral respecto al ojo contralateral. La batería de pruebas analíticas incluyendo hormonas tiroideas resultó compatible con la normalidad.
Resultados: Tras varias visitas la retracción permanece estable con queratopatía punteada interpalpebral como hallazgo constante. La paciente prefiere no someterse a cirugía y mantenerse con lubricación frecuente, por lo que está en seguimiento por la unidad. Se presenta este caso como complicación de la cirugía por una posible fibrosis postinflamatoria.

CP25 Carcinoma epidermoide invasivo. A propósito de un caso

Dra. Cristina del Prado Sánchez, Dra. Alicia Berlanga Díaz, Dra. Laura Modamio Gardeta, Dr. Fernando Beteré Rodrigo, Dr. Juan Ferreiro López, Dr. Alfonso Arias Puente

Material y Métodos: Estudio descriptivo de un caso clínico y su evolución. Mujer de 74 años, procedente de Rumanía, con antecedentes personales de Carcinoma escamocelular infiltrativo paranasal derecho, extirpado en 2012 y tratado con radioterapia en 2015, que acudió para valoración de inflamación y supuración del ojo derecho. Se muestran exploración oftalmológica, TAC y resultados de los estudios histológico y microbiológico. Se presentan evolución y opciones terapéuticas.
Resultados: A la exploración, nos encontramos con un marcado edema palpebral eritematoso y de consistencia dura, junto con una lesión cutánea ulcerada en la región lateronasal. A la apertura palpebral forzada, no era posible identificar estructuras del globo ocular, debido al engrosamiento tisular y la presencia de material purulento denso. En el TAC se apreciaba una masa infiltrante, sugestiva de neoplasia, en región paranasal derecha con extensión intraorbitaria y probable invasión del globo ocular, asociada a una masa necrótica que se extendía por las regiones mandibular, submandibular y submentoniana, suelo de la boca, espacio pretraqueal y laterocervical. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El estudio microbiológico demostró sobreinfección por Staphylococcus Aureus.
Dada la situación basal de la paciente, la baja quimiosensibilidad del tumor y la imposibilidad del tratamiento radioterápico, al haber superado la dosis máxima, se decidió tratamiento paliativo y sólo se trató la sobreinfección con ciprofloxacino vía sistémica y tobramicina vía tópica.

CP26 Tumoraciones palpebrales en un paciente con síndrome de MELAS: A propósito de un caso

Dr. Sebastián Prieto Briceño, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dr. Xavier Graell Martín, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte

Material y Métodos: Paciente de 54 años de edad con antecedente de síndrome de MELAS (encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios parecidos a un accidente cerebrovascular) con pérdida de audición secundaria y diabetes mellitus tipo 1.

Acude por aumento de volumen progresivo en ambos párpados inferiores de 2 meses de evolución, asociado a dolor, principalmente en ojo izquierdo. Niega diplopia, fiebre o compromiso del estado general.

A la exploración: La agudeza visual mejor corregida en ojo derecho es de 0,5 y en ojo izquierdo de 0,7. Segmento anterior sin alteraciones. Segmento posterior con alteración leve/moderada del epitelio pigmentario macular. Pupilas y motilidad ocular extrínseca sin alteraciones, no proptosis.

Se observan grandes tumoraciones nodulares eritemato-violáceas bilobuladas subcutáneas que abarcan toda la mitad lateral de ambos párpados inferiores, de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos, no asociado a madarosis. En el párpado inferior izquierdo la lesión es algo más indurada, dolorosa a la palpación con fistulización hacia la piel, sin encontrarse un contenido claro al presionarla.

Las lesiones encontradas en este caso son un hallazgo poco habitual. En la literatura no se describe patología palpebral asociada a este síndrome.

Se solicita una analítica de protocolo de enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática para descartar patología granulomatosa, que resultó normal.

Se indica biopsia incisional de ambas tumoraciones asociado a anatomía patológica de las piezas quirúrgicas y cultivo del material extraído.

Resultados: El resultado de la anatomía patológica mostró proceso inflamatorio, con formación de granuloma inespecífico, con ausencia de signos histológicos de malignidad.

Se solicitó serología para VIH, LUES, bartonella henselae, borrelia burgdorferi y mantoux, que resultó ser negativo.

Nos encontramos frente a un caso poco habitual, en el cual la anatomía patológica no ha sido concluyente. Aunque la evolución ha sido satisfactoria, es fundamental realizar un seguimiento estrecho del paciente para poder establecer un diagnóstico.

CP27 Xantogranuloma Juvenil. A propósito de dos casos

Dra. Grethel Rivas Dangel, Dra. Mona Khandwala

Material y Métodos: Se presenta el caso clínico de dos niñas, de 4 y 2 años de edad, quienes asisten a la Consulta de Oculoplastia del Hospital de Maidstone referidas por su Pediatra por presentar un posible quiste dermoide,en el primer caso, y un quiste graso en el segundo caso,respectivamente.

En el primer caso, la paciente de 4 años de edad, se presenta con una masa nodular móvil localizada en el párpado superior izquierdo, que es causa de astigmatismo y como consecuencia, de disminución de la agudeza visual en nuestra paciente. Cabe resaltar que dicha paciente había sido tratada durante varios meses por su médico como chalazion, sin obtener ninguna respuesta al tratamiento médico. La paciente es referida a nuestro servicio, y se decide realizar una Resonancia Magnética Orbitaria compatible con quiste dermoide. Se realiza biopsia excisional, obteniendo como resultado histopatológico, una masa infiltrativa compuesta de numerosas células gigantes multinucleadas, incluyendo células de Touton, sin evidencia de malignidad.

La descripción es compatible con Xantogranuloma Juvenil.

El segundo caso, se trata de una paciente de 2 años de edad que se presenta en nuestra consulta con una lesión quística que sobresale del canto interno del párpado superior izquierdo. Debido a que se trata de una masa quística externa, sedecide llevar a cirugía y realizar una biopsia excional, obteniendo también como resultado histopatológico, un especimen nodular con un denso infiltrado de células inflamatorias de la dermis, comuesto de células multinucleadas gigantes y células deTouton. Este hallazgo es compatible con el diagnósticode Xantogranuloma Juvenil.

Resultados: El Xantogranuloma Juvenil, es un desórden autolimitado, que forma parte de un amplio espectro de desórdenes histiolíticos, que se presenta principalmetne en la infancia.

Consiste de lesiones paponodulares principalmente afectando cabeza y cuello.

Aunque su histología y su frecuencia son desconocidas,se presume que puede ser causada como una respuesta de los macrófagos a un daño tisular, y el 90% de los casos ocurren antes de los 2 años de edad.

La morbilidad ocular es muy alta, pudiendo producir hipema expontáneo, glaucoma, hematocórnea, cataratas, oclusion vascular y desprendimiento de retina entre otros, y como consecuencia ambliopía.

La presentación ocular de Xantogranuloma Juvenil Cutáneo es tan sólo del 0.5 %, afectando principalmente a iris. La afectación orbitaria es rara.

La asociación de dicha patología con Neurofibromatosi tipo 1 (22%) y Leucemia Crónica Mielógena Juvenil nos hace plantear la necesidad de presentar estos casos clínicos, ya que a pesar de ser una patología autolimitada y rara, su diagnótico puede ser crucial para estos pacientes.

Los casos presentados, han sido estudiados posterior a la intervención quirúrgica y diagnóstico, por el Departamento de Hematología y Pediatría del Hospital de Maidstone y Tunbridge Wells NHS Trust, pudiendo concluir que afortunadamente se trata de lesiones únicamente presentes en los anejos oculares, totalmenete resecadas, que no presentan niguna otra afectación sistémica ni malignidad.
Para concluir, cabe resaltar la importancia de una correcta y pronta exploración oftalmológica en la infancia, y del papel crucial que juega el mandar a estudio histopatológico todo especimen o biopsia que obtenemos en nuestras listas quirúrgicas, por más inocuas que parezcan.

CP28 Carcinoma de células sebáceas. A propósito de un caso

Dra. Ana Rodríguez Ortuño, Dra. M.ª José García Mayol, Dra. Raquel Agustina Góngora Rodríguez, Dra. Francisca Sonia Díaz Calvo

Material y Métodos: El carcinoma de células sebáceas es un tumor relativamente raro debido a que supone tan sólo del 1 al 5% de los tumores malignos de los párpados. Se puede originar en las glándulas sebáceas: de Meibomio, Zeiss, de las cejas, de la carúncula e incluso de los pelos finos de la piel del párpado. Suele presentarse en mujeres, de 50 a 90 años de edad. La importancia de este tumor radica en la dificultad de diagnóstico puesto que se confunde frecuentemente con lesiones benignas de los párpados como la blefaroconjuntivitis, el chalazion o la conjuntivitis. Además de la dificultad diagnóstica y, por tanto, el posible diagnóstico tardío, se le atribuye alta malignidad y letalidad por la agresividad tanto local como sistémica, dando lugar a una mortalidad del 30% de los pacientes a los 5 años. Se debe poner atención ante pacientes con lesiones palpebrales resistentes a los tratamientos aplicados e incluir el carcinoma de células sebáceas en el diagnóstico diferencial porque el retraso diagnóstico de esta entidad aumenta la morbimortalidad de estos pacientes.
Presentamos el caso de una mujer de 82 años que acude a consulta por tumoración en párpado superior derecho de meses de evolución que ha aumentado progresivamente de tamaño. Había sido intervenida de cirugía de cataratas de ese ojo hacía 6 meses y entonces los párpados estaban libres. En la exploración oftalmológica, se observa una tumoración de unos 15mm que ocupa el tercio medio palpebral superior y afecta a borde libre. Es una tumoración dura, adherida a planos profundos y de aspecto costroso en su superficie. El resto de la exploración oftalmológica es anodina, salvo la presencia de catarata en ojo izquierdo. Debido al aspecto y a la evolución rápida del tumor se decide exéresis quirúrgica de forma preferente.
En la cirugía, se realiza exéresis de la lesión con márgenes oncológicos y se envía a anatomía patológica. Se reconstruye el párpado con un colgajo semicircular de Tenzel. La cirugía y el postoperatorio suceden sin complicaciones. La anatomía

patológica nos informa que se trata de un carcinoma de células sebáceas y que los bordes se encuentran libres de lesión. La paciente fue vista por oncología, que realizó estudio sistémico y descartó neoplasias asociadas. La paciente dos años después se encuentra libre de tumor y con apariencia estética buena.
Resultados: La cirugía reconstructiva de los párpados se usa con frecuencia para reparar las pérdidas de tejido que se producen tras la exéresis de tumores y, no sólo nos ayudan a mejorar el pronóstico vital sino también la calidad de vida del paciente. El colgajo semicircular de Tenzel se realiza en casos de defectos palpebrales de espesor completo de entre el 25 y 66% del tamaño horizontal del párpado, como presentaba nuestra paciente. Es una técnica con resultados funcionales y cosméticos altamente gratificantes tanto a corto como a largo plazo.

CP29 Retracción palpebral superior inducida por malposición de cerclaje escleral de silicona

Dr. Manuel Romera Becerro, Dra. Ana Blázquez Albisu, Dra. Estrella Fernández Martínez, Dra. Esther Gallardo Pérez

Material y Métodos: Presentamos un caso de retracción grave de párpado superior de muy larga evolución y con daño irreversible de superficie ocular, secundaria a una cirugía escleral de desprendimiento de retina.
Se trata de una paciente de 79 años intervenida en 1994 de desprendimiento de retina en ojo izquierdo mediante cerclaje escleral. En los meses siguientes a la intervención se produjo una retracción del párpado superior izquierdo que no recibió tratamiento alguno. Veinte años después la paciente presentaba un lagoftalmos completo, con exposición escleral superior de 7mm y una queratopatía por exposición que había afectado seriamente la visión de la paciente.
Resultados: Se indicó cirugía exploradora del párpado superior donde se evidenció una malposición de la banda de silicona, la cual estaba adherida al músculo elevador y al de Müller, por encima del recto superior. Se procedió a liberar las adherencias y reinsertar la aponeurosis del elevador. Tras la cirugía se logró una significativa mejoría del lagoftalmos y el aspecto estético de la paciente.
La retracción palpebral es una complicación infrecuente de la cirugía retiniana y puede deberse a mala colocación del cerclaje o a migración transmuscular del mismo.

CP30 Tratamiento de la luxación del globo ocular con tarsorrafia temporal bilateral en un caso de Síndrome de Crouzon

Dra. Blanca Zafra Agraz, Dra. María Granados Fernández, Dra. Susana Noval Martín

Material y Métodos: El Síndrome de Crouzon es una enfermedad autosómica dominante que forma parte del grupo de enfermedades denominadas craneo-

sinostosis. Los pacientes afectados presentan alteraciones craneofaciales debido al cierre prematuro de las suturas coronal, sagital y lambdoidea. La luxación del globo ocular es una complicación infrecuente en el contexto de este síndrome, que precisa una actuación precoz para evitar secuelas visuales.
Se expone el caso de un niño de 6 años que presenta Síndrome de Crouzon con luxación espontánea de globo ocular derecho en su domicilio. La madre realizó la reducción manual del globo ocular y acudió posteriormente a nuestro centro.
Resultados: En la exploración inicial, se objetivaba proptosis mayor en el ojo derecho que el ojo contralateral, una agudeza visual con su corrección de 0.6 en OD y 0.8 en OI y DPAR de 1+. No presentaba diplopia pero sí se apreciaba restricción de la motilidad ocular a la supraversión. La biomicroscopía mostraba QPS f+ a nivel de la hendidura palpebral. La funduscopia mostraba papila OD nítida y la papila del OI se apreciaba levemente borrada, con tortusidad vascular. Se realizó una tarsorrafia temporal bilateral mediante la técnica de separación de lamelas y sutura con vicryl de 7/0 y 5/0. A las 72h se constata la mejoría de la queratitis y la disminución de la fotofobia con desaparición del DPAR.
La realización de la tarsorrafia reduce la probabilidad de recidiva de la luxación con la consiguiente reducción del riesgo de daño irreversible en el nervio óptico y por tanto, en la visión.

CP31 Síndrome del Seno Silente como hallazgo paradójico en Orbitopatía de Graves

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Juan Carlos Pastor Bernier, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Caso clínico: Mujer de 36 años, derivada desde el servicio de endocrinología para valoración de orbitopatía en el contexto de un hipertiroidismo por Enfermedad de Graves en tratamiento.
La exploración oftalmológica fue normal en ambos ojos, destacando únicamente una retracción palpebral superior derecha de 2 mm (DMR1=6 mm), con lo que se clasificó como Orbitopatía de Graves inactiva leve derecha y ausente en el lado izquierdo (CAS 0 ambos ojos).
Contrariamente a lo esperado, la exoftalmometría en el lado derecho fue de 15 mm, mientras que en el izquierdo fue de 19 mm, por lo que ante la asimetría clara y la presencia de enoftalmos derecho se realiza un TAC de órbitas. La prueba de imagen evidenció una hipoplasia del seno maxilar derecho sin afectación de la musculatura extrínseca, compatible con el Síndrome del Seno Silente.
Conclusión: El Síndrome del Seno Silente es una entidad muy poco frecuente, de patogenia incierta que se cree debida a una hipoventilación del seno maxilar por obstrucción del complejo osteomeatal, que ocasiona una progresiva reabsorción del gas del seno y remodelado óseo.

Este raro síndrome debe ser sospechado en casos de asimetría evidente en la exoftalmometría, sobre todo cuando existe un enoftalmos sin traumatismo previo ni otra patología que lo justifique.
En pacientes con Orbitopatía tiroidea, el hallazgo de un enoftalmos nos obliga a realizar pruebas de imagen para reevaluar nuestro diagnóstico y determinar otra causa añadida.
En la actualidad nuestra paciente se encuentra asintomática sin tratamiento quirúrgico alguno y estable de su función tiroidea.

CP32 Exenteración orbitaria sin conservación de párpados por carcinoma escamoso infiltrante

Dra. Ana Alcántara Santillana, Dra. Belén Domínguez García, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. Aguas Santas Sánchez Rull, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Ainhoa Rosselló Ferrer, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. María Concepción Díaz Ruíz

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 71 años derivada a la Unidad de Oncología Ocular de nuestro Servicio por un carcinoma conjuntival infiltrante de células escamosas, moderadamente diferenciado, en OI. El tumor extendía de VII a XII horas afectando a carúncula. Había adelgazamiento corneal y escleral y un edema corneal severo. El fondo de ojo no se pudo valorar y en la ecografía se objetiva un desprendimiento coroideo.
Se presenta el caso ante la Comisión de tumores de cabeza y cuello de nuestro Hospital y se inicia el estudio de extensión completo para realizar una exenteración orbitaria, el cual refleja que no hay afectación metastásica.
Se realiza exenteración orbitaria, bajo anestesia general.
Resultados: El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica exenterada revela un carcinoma de células escamosas de conjuntiva, queratinizante, bien diferenciado y ulcerado que mide 1 cm de dimensión máxima. Infiltra los tejidos blandos e invade la esclera y la coroides sin alcanzar otras estructuras del globo ocular. Los bordes quirúrgicos están libres de tumor.
El postoperatorio transcurre favorable y sin complicaciones. Se realiza la reconstrucción mediante un recubrimiento de pared medial de la órbita por parte del servicio de Cirugía Plástica y en la actualidad se está valorando el implante de una epítesis ocular.

CP33 Mucormicosis rino-orbito-cerebral: a propósito de un caso

Dra. Ana Alcántara Santillana, Dra. Belén Domínguez García, Dr. Antonio José Gomez Escobar, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Francisco Javier Torres García, Dra. Consuelo Spinola Muñoz

Introducción: La mucormicosis rino-órbito-cerebral es una infección oportunista poco frecuente y potencialmente letal causada por hongos pertenecientes a la familia Mucoraceae. Afecta típicamente a pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico: Paciente de 66 años que consulta por dolor periorbitario y pérdida de agudeza visual de instauración brusca. Diplopia los dias previos. Regular estado general. Destaca ingreso reciente en UCI por descompensación diabética.
AV: amaurosis OI.
Proptosis, parálisis de III PC completa. BMC: pupila en midriasis arreactiva a la luz.
Dada la formade presentación brusca de los síntomas y los AP se decide IC a ORL y Medicina Interna para descartar proceso infeccioso.
ORL Endoscopia nasal visualizándose llamativas escaras necróticas e hifas.
Se inicia tratamiento con Anfotericina B i-v dada la alta sospecha de Mucor.
TAC: Ocupación perisinusal izquierda y adelgazamiento del suelo de la orbita y la pared interna del seno maxilar. No alteraciones intracerebrales.
Resultados: Se decide desbridamiento quirúrgico urgente vía endoscópica nasosinusal. Dada la integridad de los tejidos a nivel orbitario y maxilar el desbridamiento se limita a la zona reseñada.
Resultado clínico satisfactorio y estéticamente muy favorable.
Cultivo positivo para Mucor Rhizopus oryzae senseible a Anfotericina B.
Pese a ello la paciente desarrolla una colitis por Clostridium, negándose a nutrición enteral, siendo éxitus 15 días tras el ingreso.
Conclusiones: La Mucormicosis es una infección letal y siempre debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos, especialmente diabéticos con mal control que consulten con clínica orbitaria de presentación brusca.
Existe extensa evidencia en la literatura respecto a la importancia del desbridamiento quirúrgico, retrasa la progresión y provee material para estudio y cultivos. Pese a ello debemos tener en cuenta la comorbilidad de los pacientes y el mal pronóstico del que se parte en estas situaciones.

CP34 Ptosis palpebral recidivante por cuerpo extraño intraorbitario

Dr. Maddi Alonso Agesta, Dra. Sarah Karam, Dra. Laura Fernández del Cotero, Dra. Ainhoa Martínez Grau, Dr. Gorka Martínez Grau

Material y Métodos: Paciente varón de 18 años que acude por ptosis palpebral en ojo izquierdo (OI) intervenido en dos ocasiones tras padecimiento de traumatismo contuso 4 años atrás.
Se constata la una una masa tumoral no móvil, dolorosa, en la zona superointerna del párpado superior. Se solicitó tomografía orbitaria, en la que se evidenció la presencia de un cuerpo extraño en la parte anterosuperior de la cavidad orbitaria. La anatomía patológica mostró un fragmento de madera de 1,1x0,2x0,2cm. También se hallaron fragmentos tisulares y tejido de granulación con inflamación aguda y crónica circundante. La microbiología resultó negativa en agar sangre, chocolate y Sabouraud. Desde el postoperatorio inmediato desapareció la ptosis completamente.

Resultados: Los traumatismos orbitarios no son infrecuentes en nuestro medio y pueden ser causantes de una afectación de la visión o distorsiones estéticas importantes. Los cuerpos extraños intraorbitarios (CEIOrb) secundarios a dichos traumatismos presentan una amplia variabilidad en las manifestaciones clínicas que dificultan la realización de una correcta orientación diagnóstica. Esta clínica tan imprecisa puede llevar a procedimientos terapéuticos poco acertados como intervenciones recidivantes de ptosis. Es por ello que, ante cualquier tipo de traumatismo ocular, órbitario o de anexos, debemos descartar la presencia de un cuerpo extraño mediante pruebas de imagen como es la Tomografía Axial Computarizada y plantear la extracción quirúrgica en caso de hallarse un CEIOrb de naturaleza orgánica.

CP35 Celulitis orbitaria y absceso subperióstico secundario a pansinusitis maxilo-etmoidal en varón inmunocompetente

Dr. Gabriel Arcos Villegas, Dr. Jorge Ruiz Medrano, Dra. Claudia Sanz Pozo, Dra. Eva Vico Ruiz, Dr. Ángel Romo López

Material y Métodos: Presentamos un caso de un varón de 46 años con edema palpebral izquierdo. Ingresó de urgencia en nuestro servicio con el diagnóstico de celulitis orbitaria izquierda. El estudio clínico, radiológico y oftalmológico diagnosticó un absceso subperióstico en la pared medial de la orbita izquierda secundario a pansinusitis maxilo-etmoidal.
Resultados: Se trata de un caso atípico dada la edad y la inmunocompetencia del paciente. Se le realizó una etmoidectomía izquierda endonasal y drenaje del seno maxilar por el servicio de otorrinolaringología. Quedó ingresado 15 días con tratamiento antibiótico intravenoso y se procedió al alta ante la mejoría clínica completa.

CP36 Síndrome del seno silente vs atelectasia maxilar crónica

Dr. Gabriel Arcos Villegas, Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dr. Néstor Ventura Abreu, Dr. Juan Antonio Troyano Rivas

Material y Métodos: Presentamos un caso de una paciente mujer de 19 años que es derivada a nuestra sección de órbita por parte del servicio de otorrinolaringología debido a sospecha de síndrome del seno silente y para valoración de posible cirugía orbitaria. La paciente refería episodios de cefalea en los 2 últimos meses que asociaba a que sufría una sinusitis crónica izquierda diagnosticada hace 9 años con TAC de senos paranasales. No refería ningún traumatismo facial ni nasal previo. A la exploración oftalmológica se aprecia un leve enoftalmos izquierdo con leve asimetría facial. Los MOEs y reflejos pupilares son normales, sin presentar diplopía en ninguna de las posiciones de la mirada. La exploración biomicroscópica y la funduscopia son normales.

Resultados: Se realiza un TAC de senos paranasales en el que se puede apreciar ocupación completa del seno maxilar izquierdo con engrosamiento óseo de las paredes secundario a cambios inflamatorios crónicos. No se observa el complejo osteomeatal del lado izquierdo que podría estar obstruido por tabique óseo. Comparando con el TAC realizado hace 9 años se aprecia una disminución del volumen del seno maxilar izquierdo con leve enoftalmos y leve hundimiento del suelo orbitario. Se decide por parte del servicio de otorrinolaringología realizar cirugía endoscópica para intentar restaurar la ventilación del seno maxilar izquierdo. En la cirugía endonasal se realiza resección de la porción caudal del cornete medio, apertura del seno maxilar izquierdo y uncinectomía. Se realiza aspirado de moco denso y lavado con gentamicina y urbasón.
El síndrome del seno silente es una patología que algunos clasifican dentro de la atelectasia maxilar crónica aunque su etiología es distinta. La atelectasia maxilar crónica se suele producir en pacientes con oclusión del ostium debido a una inflamación y rinosinusitis sintomática; en cambio en los pacientes con síndrome del seno silente se debe la obstrucción a la pared medial infundibular hipermóvil sin síntomas sinusales.

CP37 Miositis focal necrotizante orbitaria en paciente con enfermedad de Crohn

Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dr. Gabriel Arcos Villegas, Dr. Néstor Ventura Abreu, Dra. Eva Vico Ruiz, Dr. Juan Troyano Rivas, Dr. Ángel Romo López, Dra. Cristina Niño Rueda

Material y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 49 años que consulta por dolor opresivo periocular derecho de una semana de evolución. EL dolor empeora con los movimientos oculares. Como antecedentes personales, la paciente presenta una enfermedad de Crohn estable controlada con Metotrexate. No presentaba exacerbación de su patología intestinal. Se solicitó una analítica y una resonancia magnética donde se evidenció una lesión focal con realce en anillo en el recto interno derecho, informada como posible miositis focal necrotizante en relación con su patología intestinal. La paciente respondió satisfactoriamente al tratamiento con corticoides orales, remitiendo la totalidad de los síntomas y normalizándose las pruebas de imagen.
Resultados: La afectación ocular en la Enfermedad de Crohn tiene una frecuencia menor al 10%. En la mayoría de casos la afectación se produce en el segmento anterior pudiendo producirse conjuntivitis, epiescleritis, escleritis o uveítis anteriores; menos frecuente es le afectación del segmento posterior pudiendo producir edema macular o vasculitis. Existen muy pocos casos descritos en la literatura de miositis orbitaria asociada a enfermedad de Crohn, pueden presentarse en casos de patología intestinal tanto activa como inactiva.

CP38 Carcinoma Apocrino Orbitario

Dr. Felipe Costales Mier, Dr. Álvaro Toribio García, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. Carlos Plaza Laguardia, Dr. Jorge Sánchez Cañizal, Dra. Natalia Spagnoli Santa Cruz, Dra. Bárbara Martín Escuer

Introducción: El Carcinoma Apocrino es un tumor raro que se origina en las glándulas sudoríparas. Sólo el 35% de ellos se originan en cabeza y cuello, y muy pocos de ellos a partir de las glándulas de Moll. Es un tumor agresivo, presentando un tercio de ellos invasión orbitaria al diagnóstico y un 10 por ciento metástasis al inicio. Esto hace que su diagnóstico y tratamiento un reto.

Caso Clínico: Mujer de 69 años de edad, sin alergias conocidas, con hipertensión arterial y dislipemia, y tratada previamente por un carcinoma de mama hace 25 años.

Remitida por presentar epífora y tumefacción en párpado inferior (PI) y canto interno de ojo derecho (OD) desde hacía 4 semanas. Se realizó tratamiento antibiótico ante la sospecha de dacriocistitis. Sin embargo, la paciente no presentó mejoría.

Al examen físico, la agudeza visual (AV) y la presión intraocular (PIO) estaban en límites normales. Presentaba eritema y edema de PI, canto interno y zona del saco lagrimal, ligeramente dolorosa. Con obstrucción y reflujo al sondaje de la vía lagrimal.

Se programó para cirugía de dacriocistorrinostomía externa, pero intraoperatoriamente se observó una lesión sólida, por lo que se tomó una biopsia y se suspendió la cirugía de vía lagrimal.

El estudio anatomo-patológico fue informado como adenocarcinoma infiltrante, a expensas de celularidad granular histiocítica, VER EP 4 (+++), AE1 AE3 (+++), citoqueratina 7 (+++).

Se remitió a oncología médica para valoración de recurrencia de patología mamaria. El screening resultó negativo, y en el TAC mostraba masa en PI de OD que se extendía e infiltraba saco lagrimal. El servicio de Oncología descartó una recurrencia del carcinoma de mama, y consideró la lesión maligna primaria de la órbita.

Con este diagnóstico se aconsejó a la paciente realizar una exenteración orbitaria y radioterapia posterior. La paciente rechazó la cirugía radical, por lo que se practicó una extirpación conservadora y radioterapia posterior.

El procedimiento consistió en la extirpación de la lesión junto con el paquete graso orbitario medial, pliegue semilunar y carúncula, dacriocistectomía, y periostio de reborde orbitario medial. La reconstrucción del PI se realizó con colgajos locales. El tejido extirpado fue enviado para estudio anatomopatológico e inmunihistoquímica. Se informó como Carcinoma Apocrino.

Durante el post-operatorio precoz se produjo una necrosis de los extremos distales de los colgajos, que posteriormente cicatrizaron de forma satisfactoria. A los

14 días de la cirugía, la paciente recibió tratamiento radioterápico localizado, con una dosis de 20Gy, fraccionado a 2Gy por día.
Después de 8 meses de seguimiento la paciente presentaba una buena evolución con AV OD: 1 y PIO OD: 17, buen aspecto de PI de OD con granulación correcta de canto interno, y buena motilidad ocular y palpebral.
Resultados/Conclusiones: El Carcinoma Apocrino es una lesión muy poco frecuente, que suele presentarse sin signos específicos, y puede presentar invasión orbitaria al diagnóstico.
El diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones de aspecto similar como un carcinoma de glándulas sebáceas, melanoma, y con masas con origen en el saco lagrimal como divertículos, quiste dermoides, mucoceles y tumores primarios epiteliales. También se debe tener en cuenta los antecedentes del paciente, descartando la recurrencia de patología tumoral previa.
EL tratamiento no está estandarizado en lesiones de este tipo, ya que sólo existen 21 casos publicados. En la mayoría de ellos, el tratamiento fue exenteración orbitaria o cirugía excisional conservadora, asociando siempre radioterapia.
En nuestro caso, se realizó una biopsia incisional para estudio, seguido de una resección ampliada y radioterapia externa. A 8 meses de seguimiento la paciente presentó una buena evolución, sin signos de recidiva local ni sistémica. Puesto que este tratamiento menos agresivo ha mostrado un adecuado control de la enfermedad, al igual que en otros casos previamente descritos, consideramos el tratamiento conservador una buena opción terapéutica, aunque por supuesto se requiere un seguimiento cercano y dilatado en el tiempo para poder confirmar su completa resolución.

CP39 Reconstrucción orbitaria mediante colgajo músculo-cutáneo fronto-temporal en retracción isquémica post-tumoral

Dr. Juan María Davó Cabrera, Dra. Marta Pérez López

Material y Métodos: Paciente de 32 años, tratada en la infancia por rabdomiosarcoma en órbita izquierda mediante resección quirúrgica + quimioterapia + radioterapia es derivada a nuestro centro por queratopatía de exposición con adelgazamiento corneal severo para valorar queratoplastia. La paciente ya había sido sometida a dos intervenciones fallidas de reconstrucción de fórnix.
En el examen inicial se observa retracción con adherencia de párpado superior a reborde orbitario, simblefaron superior con limitación completa de infraducción del globo ocular y lagoftalmos activo y pasivo de 8 mm con exposición corneal, adelgazamiento corneal de 2/3 con leucoma central y conjuntivalización. La AV fue de movimiento de manos a 10 cm
Planteamos una cirugía en tres tiempos. En primer lugar se realizó la reconstrucción del fondo de saco superior con injerto de mucosa oral, suturas de fornix y

desconjuntivalización corneal asociado a trasplante de membrana amniótica más tarsorrafia permanente.
En un segundo tiempo se realizó la reconstrucción de la cavidad con aporte de vascularización y volumen mediante un colgajo muscular fronto-temporal con arteria temporal superficial para realizar un injerto libre de piel si fuera necesario posteriormente. El colgajo paramedial fue descartado por haber sido irradiada el área central del frontal en el tratamiento del tumor primario.
Resultados: La reconstrucción de una cavidad isquémica con retracción de tejidos requiere el aporte de vascularización y volumen. El colgajo fronto-temporal con arteria temporal superficial pediculada resulta muy útil en la reconstrucción del área periocular y evita cicatrices frontales visibles como ocurre en el colgajo paramedial.
En tejidos irradiados la principal limitación para la supervivencia del colgajo es el drenaje venoso. En nuestra paciente la congestión y hematoma del extremo del colgajo fue tratada con raspados con heparina cada 2-3 horas hasta comprobarse que el drenaje venoso se había normalizado.
Actualmente la paciente está a la espera de apertura de la tarsorrafia con posible injerto cutáneo en el canto medial. La AV es cuenta dedos a 1 m lateralmente. Ante estas nuevas condiciones vemos favorable la realización de una queratoplastia.

CP40 Síndrome compartimental ocular agudo

Dra. Rosalía Demetrio Pablo, Dra. Alicia López de Eguileta Rodríguez, Dr. Servando Lazuén Fernández, Dra. Fe García Reija, Dr. Raúl Fernández, Dr. Edgar Solórzano

Material y Métodos: Remito un caso sobre un paciente varón de 49 años con antecedente de Esclerosis Múltiple, intervenido de aneurisma a nivel de la arteria comunicante anterior sin incidencias por el servicio de Neurocirugía mediante craneotomía fronto-temporal izquierda y clipaje del mismo.
En el postoperatorio inmediato el paciente refirió midriasis arreactiva y amaurosis en ojo izquierdo asociado a proptosis y alteración completa de la motilidad ocular. Se realizó TAC urgente, y no se apreciaron alteraciones intracraneales ni intraorbitarias (intracranial and intraorbital).
Una vez descartada la relación de estos síntomas con su patología de base, se optó por tratamiento inicial con megadosis de corticoides según protocolo.
Tras 24 horas, el paciente continuaba con la la misma situación clínica, indicando como único cambio un aumento progresivo de la proptosis del ojo izquierdo. Por este motivo, se indicó intervención quirúrgica urgente y se procedió a realizar cantotomía lateral y cantolisis, y descompresión mediante abordaje transconjuntival, apertura de septum orbitario, corrigiéndose asi la proptosis ocular de forma

significativa y el cierre palpebral completo. Aun y todo, el paciente continuó con amaurosis y limitación completa de la movilidad ocular.
En la actualidad, 6 meses después el paciente presenta ceguera irreversible y motilidad ocular conservada.
Resultados: El síndrome compartimental ocular agudo es una emergencia quirúrgica poco común, caracterizada por un aumento rápido de presión intraocular. Si no de trata de manera urgente, puede desembocar en daños irreversibles como ceguera.
Los síntomas principales son el defecto pupilar aferente, la limitación de los movimientos oculares, la disminución de la agudeza visual, la diplopia, el edema periorbitario doloroso, la proptosis y el aumento de la presión intraocular mayor de 40 mmHg.
La eficacia de los corticoides no ha sido demostrada en el tratamiento del síndrome compartimental agudo.
El tiempo juega un papel fundamental en el tratamiento quirúrgico, incluso debiendo preceder a la realización de pruebas de imagen ante un diagnóstico clínico de sospecha.
Este no debe exceder los 60-100 minutos a fin de prevenir secuelas irreversibles.

CP41 Meningioma temporal con afectación orbitaria. A propósito de un caso

Dra. Raquel Díaz Rodríguez, Dra. Varinia Garrote Ramos, Dra. Yanire Sánchez Medina, Dra. Bárbara Acosta Acosta, Dr. José Luis Delgado Miranda

Material y Métodos: Mujer de 58 años, sin antecedentes personales ni oculares de interés, que acude por primera vez a consulta en junio de 2015 por un cuadro de 1 año de evolución consistente en aumento progresivo de volumen del párpado superior del ojo derecho, con luxación de las bolsas grasas superiores, proptosis y pseudoptosis secundarias. Además, presenta edema y tumefacción temporal derecha, dolorosa a la palpación. No refiere manifestaciones sistémicas. En la biomicroscopía se objetiva hiperemia bulbar, con el resto de la exploración y funduscopia normales. El TAC de cráneo muestra una lesión ósea primaria en hueso temporal derecho de aspecto maligno, con masa de partes blandas asociada y extensión intracraneal e intraorbitaria, compatible con linfoma óseo vs osteosarcoma. Con esta sospecha se realiza biopsia bajo anestesia, llegando al diagnóstico de Meningioma meningoteliomatoso grado 1 de la OMS. Con un estudio de extensión negativo el Servicio de neurocirugía procedió a la extirpación mediante orbitotomía frontolateral, craneotomía fronto-temporo-orbitaria derecha y posterior reconstrucción con cemento acrílico, miniplacas y malla temporal derecha.
Resultados: Aunque la radioterapia se plantea como una alternativa o como tratamiento coadyuvante en el manejo de este tipo de tumores, la extipación qui-

rúrgica de la totalidad del tumor y su base de implantación en la duramadre, si la hubiera, es el gold standard de tratamiento de este tipo de tumores, consiguiendo la curación en la mayor parte de los casos. La orbitotomía lateral, que permite acceder de forma simultánea a la órbita, fosa craneal anterior y media, es uno de los abordajes preferidos para los meningiomas esfeno-orbitarios, ofreciendo un amplio campo quirúrgico a la vez que una incisión cosmética con una cicatriz prácticamente imperceptible que se suele ocultar bajo la raíz del pelo. Por el momento, nuestra paciente no ha presentado recidiva.

CP42 Tumor orbitario preseptal asociado a conjuntivitis cicatricial

Dra. M.ª Concepción Díaz Ruiz, Dr. Rafael Perea Pérez, Dr. Antonio Manuel Garrido Hermosilla, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Aguas Sánchez Rull

Material y Métodos: Describimos dos casos clínicos de tumor orbitario preseptal, visibles en fornix inferiores, de gran tamaño, sin molestias oculares ni dolor.
Se realiza, H.ª clínica, Exploración Ocular de rutina, estudios de imagen y tratamiento.
Resultados: Ambos casos existen antecedentes de conjuntivitis vírica severa en el año anterior.
En la exploración, se advierte una lesión que afecta más de la mitad de fondo de saco inferior y signos de cicatrización conjuntival.
Se solicita TAC de orbitas en el primer caso, donde se advierte una lesión de aspecto quístico preseptal y bien delimitada .
Se realiza la extirpación del primer caso en quirófano y del segundo en consultas.
Se tratan de quistes serosos, que ya por marsupialización ya por aspiración del contenido, han tenido buen resultado clínico y no han presentado recidiva tras 1 año de seguimiento.

CP43 Orbitopatía tiroidea, suplementos vitamínicos y autoinmunidad: a propósito de un caso

Dr. Fernando Dolz Güerri, Dra. Marta Calsina Prat, Dr. Randa Falah, Dr. Gianluca Fatti, Dra. Nura Najjari Jamal, Dra. Ana Martínez Palmer

Caso clínico: Varón de 49 años, natural de Pakistán, sin alergias ni antecedentes patológicos. En tratamiento con multivitamínico DAY T (150 mcg yoduro potásico) durante 6 años. Acude a Urgencias por diplopía vertical binocular con hipertropia indolora de ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución. También diarrea acuosa la semana previa. Niega fiebre u otra clínica sistémica.
A la exploración, proptosis axial no congestiva en OD con edema palpebral superior. Retracción palpebral en OI superior de 1,5 mm. Resistencia a la retropulsión en ambos ojos. Hipertropia constante de OD sobre OI con fijación alternante. Di-

plopia vertical en posición primaria de la mirada y en las 9 posiciones de la mirada. Sutil restricción de la adducción y abducción de ojo derecho. Agudeza visual preservada (AVsc OD 1.0 // OI 0.8/1.0), sin alteraciones pupilares. Segmento anterior sin alteraciones con presión intraocular normal (15 mmHg). En el fondo de ojo destacan papilas con excavación de 0.8 simétricas, resto de aspecto fisiológico. En TAC: engrosamiento músculos extraoculares. Función tiroidea normal (en 2009 hormonas tiroideas normales con TSH<0.01). Anticuerpos: anti-TPO 164 UI/ml, anti-TG 92 UI/ml, TSI Normal. Ganmapatía monoclonal IgG tipo lambda. Ecografía de tiroides normal con micronódulo de 6 mm. Ante sospecha de orbitopatia tiroidea infiltrativa por enfermedad autoinmune (Hashimoto) se realiza biopsia muscular de recto medio que sugiere leve proceso inflamatorio previo.
Discusión: El consumo excesivo de yodo crónico se ha asociado al aumento de la frecuencia de tiroiditis. La orbitopatía tiroidea se da menos frecuente en la tiroiditis de Hashimoto y sus manifestaciones son más leves que en la enfermedad de Graves. Es una entidad autoinmune sin mecanismo específico claramente establecido.

CP44 Parálisis oculomotoras múltiples, diagnóstico diferencial: a propósito de dos casos

Dr. Fernando Dolz Güerri, Dra. Marta Calsina Prat, Dr. Randa Falah, Dra. Ana Martínez Palmer

Material y Métodos: Se describen dos casos clínicos de parálisis oculomotoras múltiples, se comparan las diferencias de los diagnósticos sindrómicos y se realiza tabla con etiologías más frecuentes según presentación uni o bilateral.
Caso 1: Varón de 43 años, sin alergias medicamentosas, hipercolesterolemia, no antecedentes oftalmológicos. Consulta por diplopía progresiva de 4 meses con exoftalmos en ojo izquierdo (OI). Agudeza visual disminuida (OD 1.0 // OI 0.5). DPAR OI. Ishihara (OD 20/20 // OI 15/20). Déficit de supraversión y abducción OI con ptosis moderada OI. Segmento anterior sano. Presión intraocular normal en ambos ojos (17 mmHg). Palidez temporal papila izquierda, resto de segmento posterior sin alteraciones. RM craneal: Masa esfenopetroclival izquierda sugestiva de meningioma. Campo visual normal. Prolactina 492 mcUI/ml, Cortisol 16,5 mcg/dl, IGF-1 109,1, FSH 3,2 mUI/ml, LH 3,2 mUI/ml. Función tiroidea normal. Osm urinaria 923. Pendiente realización de biopsia transesfenoidal.
Caso 2: Mujer de 74 años, sin alergias medicamentosas, HTA con cardiopatía hipertensiva, DMAE seca AO, pseudofaquia OI más vitrectomía con peeling de membrana epiretiniana OI. Refiere sensación de hipo/hiperestesia frontal con cefalea frontal izquierda pulsátil. A los dos días diplopia binocular. No disminución aguda de agudeza visual (OD 0.8/nmce // OI 0.35/0.6). Leve endotropía OI. Exciclotorsión OI por rojo de Maddox. Diplopía en posición primara de la mirada no en resto de posiciones. Paresia aducción, supra e infraversión OI. Déficit convergencia. TAC

craneal, analítica y ecografía transcraneal y de troncos supraaórticos normales. Punción lumbar sin hallazgos patológicos. RM craneal: leve asimetría senos cavernosos, más prominente el izquierdo, sin lesión ocupante asociada. Tras descartar etiología autoinmune e infecciosa se inicia tratamiento con Prednisona 60 mg. Al mes mejoría clínica con buena respuesta a tratamiento corticoideo.
Discusión: En el síndrome de la fisura esfenoidal existe afectación de los nervios oculomotores y la primera rama del trigémino. Las lesiones de la base del cráneo afectan un nervio oculomotor tras otro por invasión y pueden acompañarse de exoftalmos dependiendo de la etiología. Si la lesión se extiende al vértice de la órbita hay baja agudeza visual por lesión del nervio óptico, hecho que lo diferencia del síndrome del seno cavernoso. El síndrome de Tolosa-Hunt cursa con paresia de los nervios oculomotores asociado a dolor, por infiltración granulomatosa de etiología idiopática. Es un diagnóstico por exclusión, que remite con corticoides. Es importante descartar entidades neoplásicas como el linfoma, que tiene una respuesta favorable a los corticoides, y puede condicionar un retraso diagnóstico.

CP45 Neuropatía óptica retrobulbar perioperatoria en fractura del tercio medio facial tipo Le Fort II

Dra. Alicia López de Eguileta Rodríguez, Dra. Rosalía Demetrio Pablo, Dr. Juan Carlos Rodríguez Sobrón, Dr. Servando Lazuén Fernández, Dra. Fe García Reija, Dr. Edgar Solórzano Guillén

Introducción: La neuropatía óptica traumática, en sus múltiples variantes, constituye una entidad poco frecuente. Se puede definir como aquella lesión del nervio óptico que aparece tras un episodio traumático. Puede clasificarse según su topografía y mecanismos productores. A pesar de un mejor entendimiento en los últimos años de sus mecanismos productores, su tratamiento continúa siendo un tema extremadamente controvertido.
Caso clínico: Paciente de 38 años que acude por traumatismo facial con un palo. En la exploración física al ingreso glasgow 15, edema facial con hematoma bipalpebral, escalón óseo a nivel de ambos rebordes infraorbitarios y fronto nasal. Movilidad Le fort II. Alteraciones oclusales. Crepitación nasal. Alteraciones en la sensibilidad V II bilateral. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No alteraciones en la agudeza visual . Movimientos extraoculares conservados. Biomicroscopía normal. Solicitamos TAC orbitario que informa de fractura del tercio medio facial tipo Le Fort II. Se trata mediante reducción de fractura de tercio medio facial y osteosíntesis a nivel: fronto nasal, rebordes infraorbitarios derecho e izquierdo, apófisis maxilo malar derecha, apófisis piramidal maxilar superior derecha e izquierda. Reconstrucción de ambos suelos de órbita con lamina reabsorvible de suelo de órbita de Synthes.
Evolución: A las 48 horas de la cirugía presenta edema conjuntival en ojo izquierdo con pupila reactiva y sin alteraciones en motilidad extraocular. En ojo derecho

presenta: DPAR ojo derecho con percepción de luz con dificultad y presión intraocular de 23-24 . En el fondo de ojo, tanto en ojo izquierdo como en ojo derecho, presenta papilas de bordes netos y coloración normal.
Se solicita TAC de urgencia en el que se observan cambios secundarios a cirugía de fractura Le fort II. Hematoma intraorbitario extraconal derecho que condiciona exoftalmos pero no genera compresión de nervio óptico.
Con el diagnostico de presunción de Neuritis óptica posterior isquémica perioperatoria se instaura tratamiento farmacológico con corticoides intravenosos sin mejoría del cuadro. Actualmente el ojo está amaurótico
Conclusiones: En la actualidad no existe un consenso general del tratamiento de esta entidad. Las opciones terapéuticas son: no tratar, esteroides sistémicos, cirugía descompresora o una combinación de estos. Es difícil realizar una valoración de cuál de estas opciones ofrece mejores resultados dada la escasa frecuencia de estos casos y la gran variedad de mecanismos productores. El manejo por tanto debe ser valorado individualmente y tener en cuenta varios aspectos: estado general del lesionado, AV inicial, tiempo de evolución, mecanismo productor implicado, disponibilidad de recursos.

CP46 Proptosis por tumoración esfenoidal

Dr. José Carlos Escribano Villafruela, Dra. Yoon Ah Kim, Dra. Laura Mariñas García, Dr. Juan de Sahagun Riba García, Dr. Ignacio Maestre Mulas, Dr. Basilio Moreno García-Rubio

Caso clínico: Mujer de 72 años con proptosis progresiva en ojo izquierdo de 1 año de evolución. Como antecedentes personales destaca tiroidectomía por cáncer medular de tiroides e hiperandrogenismo. En la exploración la AVMC OI 0.9, sin alteración pupilar, exotropía de 10 Δ con limitación leve a lateroversiones sin diplopía por supresión OI. Hertel OI 24 mm con proptosis inferolateral. En el fondo de ojo presentaba pliegues coroideos en retina ecuatorial temporal. El campo visual presentaba defectos temporales difusos y en la OCT engrosamiento de las fibras papilares temporales.
En el TAC se aprecia lesión blástica expansiva polióstica que afecta techo orbitario, alas esfenoidales y escama temporal izquierda informada como displasia fibroide del esfenoides.
En el seguimiento con disminución progresiva de AV OI, aumento de proptosis y alteración PEV OI. Se realiza RMN que muestra lesión pterional con esclerosis y cola dural amplia que compromete órbita izquierda, con desplazamiento de recto lateral y compromiso de la hendidura esfenoidal, canal óptico y nervio óptico que sugiere meningioma esfenorbitario.
Se decide tratamiento quirúrgico por neurocirugía consistente en craneotomía frontotemporal izquierda, fresado de hiperostosis a nivel de pterion y techo-

pared lateral de órbita y resección del componente intracraneal y orbitario de la lesión, con descompresión de la fisura orbitaria superior, canal óptico y órbita. Plastia dural y reconstrucción del defecto óseo con grasa abdominal. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de meningioma meningoendotelial grado 1 de la OMS con infiltración dural y ósea con reacción osteoblástica acompañante.
Tras la cirugía la paciente presenta una recuperación de AV, mejora la proptosis y desaparecen los pliegues retinianos en el fondo de ojo.
Discusión: En esta paciente se establece el diagnóstico diferencial entre displasia fibroide del esfenoides, metástasis por carcinoma tiroideo y meningioma. Los meningiomas son los tumores intracraneales más frecuentes, el 20% son esfenoorbitarios y pueden producir deterioro visual y proptosis progresiva. En estos casos se indicaría la cirugía, que puede asociarse a radioterapia si no se extirpa la tumoración totalmente. La displasia fibroide de esfenoides es una patología poco frecuente que se asocia al síndrome de Mc Cune- Albright con clínica ocular similar. Existen casos de metástasis óseas esfenoidales en cáncer de tiroides, pero son excepcionales. La RMN sirve de ayuda para realizar el diagnóstico diferencial y planear la cirugía. La anatomía patológica es clave para llegar al diagnóstico final.

CP47 Incidentaloma orbitario: manejo del osteoma primario de la órbita

Dra. Julia Fajardo Sánchez, Dr. Carlos Enrique Chau Ramos, Dr. Ignacio Maestre Mulas, Dr. Juan de Sahagún Riba García, Dr. Cristian Manuel Carranza Neira, Dr. Francisco Javier Alcantud Jiménez

Descripción del caso clínico, estudio de imágenes (OCT, Retinografías, TAC cerebral y orbitario). Revisión de la literatura.
Caso clínico: Paciente mujer de 48 años con antecedente de dislexia desde la infancia se realizó TAC cerebral sin contraste por presentar sensación de aumento de síntoma neurológico.
En la prueba realizada se evidencia una tumoración dependiente de la pared medial de la órbita derecha, descrita por encima de las celdas etmoidales, de 20 x 13 mm de tamaño máximo y cuya extensión intraorbitaria se dirige por encima del músculo recto medial, no presentando lesiones en parénquima cerebral ni calota craneana. La paciente es admitida en nuestro servicio de Vías y Oculoplástica, realizándose una evaluación completa: subjetivamente, no refiere disminución de la agudeza visual, síntomas visuales, dolor ocular u otros. Como síntomas de interés destaca dislexia desde la infancia, sin otros antecedentes médicos relevantes. A la exploración: agudeza visual mejor corregida de la unidad en Ambos Ojos (AO) (Optotipo Snellen letras), pupilas isocóricas, reactivas a la luz, no presentan DPAR, movimientos oculares conservados en las 9 posiciones de la mirada, exploración de diplopía negativa, no forias, no tropias. A la biomicroscopía, polo anterior no presenta hallazgos patológicos y la presión intraocular es de 12 mmHg en AO. Se

estudia cuidadosamente el fondo de ojo derecho: papila de buena coloración, ANR conservado, E/P 0.3-0.4 en AO. No se observó compromiso del fondo de ojo ni signos de compresión ocular. En los exámenes auxiliares: OCT papilar y macular normal; campos visuales sin alteraciones. Ante la ausencia de sintomatología, se realiza TAC de órbita sin contraste donde se evidencia plano de separación entre la tumoración dependiente de la pared orbitaria y el nervio óptico derecho, de manera que no llega a contactarlo en ningún momento. El diagnostico final fue de osteoma primario de órbita derecha, asintomático hasta la fecha, por lo cual se decide un tratamiento conservador y actualmente continua en seguimiento por nuestro servicio.

Discusión: Presentamos el caso de un osteoma primario de la órbita sin afectación de los senos paranasales, una presentación extremadamente rara.

Los tumores óseos primarios de la órbita son un conjunto de tumores de características heterogéneas que alcanzan solo el 2% de incidencia en la patología tumoral orbitaria, debido a que la mayoría de éstos son producto de las metástasis locales y extensiones a partir de los senos paranasales.

Dentro de este 2%, el osteoma primario presenta una incidencia del 17% al 20%, según los estudios prospectivos de Shields y Dinesh. Se trata de un tumor primario de la órbita, originario del hueso, que se encuentra dentro de la clasificación de los fibrosos – cartilaginosos de carácter benigno, debido a su lenta evolución.

El osteoma se presenta entre los 40 y 50 años con una distribución por igual entre mujeres y hombres. Acerca de su sintomatología, en un estudio prospectivo de tumores primarios de la órbita realizado en Australia con seguimiento de 29 años, el osteoma mostró clínica de inicio asintomática y tras varios años de seguimiento se evidenció la aparición de proptosis y desplazamiento del globo ocular. Generalmente no presenta dolor, aunque puede existir una sensación de masa y palpación de tumoración ósea en algunos casos. Si se origina cercano a las entradas de los senos paranasales, podría ocasionar obstrucción de los mismos y aparición de mucoceles, así como compresión de estructuras apicales si la ubicación tumoral es esfenoidal.

Complicaciones más raras incluyen: amaurosis provocada por la posición de la mirada, síndrome de Brown, subluxación del globo ocular, enfisema orbitario y rinorrea. Ocasionalmente, los osteomas se asocian con poliposis del colon, fibromatosis, tumores de partes blandas y quistes cutáneos constituyendo el síndrome de Gardner, y es por ello que se debe solicitar evaluación por el servicio de medicina interna y gastroenterología una vez diagnosticado el osteoma.

Se describen tres tipos histológicos de osteomas: compacto, esponjoso y mixto, aunque no se ha descrito asociación con la aparición de sintomatología o evolución clínica.

En el estudio mediante TAC, el osteoma aparece como una masa osteoblástica muy circunscrita, sésil o pedunculada, que toma la forma del contorno óseo que

la origina y puede tener una superficie a dos caras. A la observación del tumor mediante ventana ósea se encuentra un área central poco densa y trabeculada, acompañada de zonas más compactas en la periferia.
Si se trata de pacientes diagnosticados con osteoma primario de la órbita asintomático, como en nuestro caso, se recomienda el tratamiento conservador, con la única salvedad en aquellos cuyo origen proviene del esfenoides, debido a su mayor capacidad de infiltración del nervio óptico y efecto de masa sobre el canal o ápex orbitario. Lesiones anteriores pueden ser removidas vía orbitotomía anterior mientras que las posteriores necesitaran un manejo orbitocraneal multidisciplinario.
La recurrencia es muy rara, sin embargo se ha reportado un caso de osteoma orbitario proveniente del hueso frontal que ha recurrido 7 años después de su resección completa.
Conclusiones:

1. El osteoma primario de órbita es una patología tumoral de poca frecuencia que se puede hallar en la exploración de imágenes orbitarias y cuyo inicio, si bien es asintomático, puede llegar a presentar proptosis y afectación del nervio óptico.
2. Se requiere un estudio sistémico para descartar su asociación con otros síndromes, como el Síndrome de Gardner.
3. Cuando se trata de una presentación asintomática, se prefiere el tratamiento expectante y seguimiento mediante exploración física y TAC orbitaria.
4. Si el tumor produce sintomatología compresiva, como afectación del nervio óptico, de los músculos extraoculares o efecto de masa sobre el globo, se realizará la excisión de la tumoración y seguimiento completo del paciente con el fin de detectar recidivas.

CP48 Tumor fibroso solitario orbitario, otra causa de ptosis palpebral

Dr. Christian Fontecilla Molina, Dr. Salvador Molina Casquero, Dra. Luz María Vásquez, Dra. Eva Ayala Barroso, Dr. Ramón Medel Jiménez

Material y Métodos: El tumor fibroso solitario es un tumor de origen mesotelial infrecuente en órbita. Habitualmente tiene un curso indolente y en órbita tiene un comportamiento benigno. Este tumor se caracteriza por la reactividad al antígeno CD34 lo cual lo diferencia de otros tumores cuyas células también tienen forma de huso.
Presentamos un caso de una paciente de 35 años con ptosis de OI de 1 año de evolución. RNM demostró en orbita anterior masa homogénea de contornos bien delimitados de 2 por 2 cm de tamaño, en íntima relación con el músculo elevador del párpado.
Resultados: Tras realizar biopsia excisional , histológicamente el tumor demostró ser CD34+ con células en forma de huso.

A los 3 meses de la cirugía no había signos de recidiva y la altura palpebral era normal.

CP49 Histiocitosis esclerocorneal, una localización poco común

Dr. Christian Fontecilla Molina, Dr. Salvador Molina Casquero, Dra. Eva Ayala Barroso, Dra. Luz María Vasquez, Ramón Medel Jiménez

Material y Métodos: La histiocitosis es una enfermedad rara caracterizada por la proliferación de células inflamatorias , en especial eosinófilos. Se puede manifestar como lesión única o como enfermedad multisistémica. A nivel orbitario puede simular otras enfermedades y ser un reto diagnóstico
Presentamos un caso de un paciente de 49 años con historia conocida de histocitiosis X invalidante de más de 20 años de evolución que desarrolló en ojo derecho lesiones corneales y esclerales recidivantes tras trasplante corneal.
RNM no demostró lesiones orbitarias profundas.
Resultados: El diagnóstico histológico las lesiones correspondieron a proliferación fibrohistocitaria del tipo xantogranulomatoso. Tras 2 meses de seguimiento no hubo signos de recidiva

CP50 Ruptura espontánea pre quirúrgica en quistes dermoides orbitarios: asociacion clinico-patológica con tomografía

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Silvana Schellini, Dra. Yerena Muiños Díaz, Dra. Sara Toledo Lucho, Dra. Patricia Akaishi, Dr. Augusto Cruz, Dr. Saif Dosari

Objetivo: Evaluar la asociación entre los hallazgos clinicos, Radiológicos and histológicos en las rupturas previas a la cirugía de los quistes dermoides (pre ruptura).
Metodos: Revisión de historias clínicas de paciantes con orbital dermoides atendidos en KKESH entre 1989 y 2014, incluyendo datos clínicos, TAC y hallazgos histologicos despues de la cirugía excisional para confirmer signos de pre rupture.
Resultados: 42 pacientes con orbital dermoide fueron incluidos. Media de edad fue 5 años (25% quartile 3 years). Localizados en órbita derecha 23 (54,8%) pacientes y 19 (45,2%) en la órbita medial. 36 (85,7%) pacientes tenían quistes superficiales.
Pre-ruptura occurrió en 61,9% de los dermoid, mayoritariamente con una edad media de 5,5 años versus no pre-ruptura con 3 años. Pre-ruptura ocurrió en los dermoides de mayor tamaño (tamaño medio=16 mm) y en los localizados medialmente. Deformación del hueso fue más frecuante en los casos de pre rupture (65,4%). El contenido más frecuente fue la grasa y el líquido se asoció más a prerupture (p=0,08). La sensibilidad del TAC para predecir pre rupture fue del 50% mientras que la especificidad fue del 75%.

El tamaño del quiste dermoide permite determinar con precisión la presencia de pre rupture en 72,5% de los casos. El examen histológico confirm pre ruptira en un 61,9% de los quistes. El resultado postquirúgico no se afectó cuando había pre rupture previa.
Conclusiones: Hay una asociación positiva entre la remodelación ósea y la confirmación histológica de pre rupture.
La edad del paciente y el tamaño del quiste están relacionados con los signos de pre rupture del quiste dermoide. Esto lleva a los autores a recomendar una cirugía precoz para evitar pre rupture. No hubo relación entre pre rupture y complicaciones durante la cirugía.

CP51 Hiperostosis post exanteración

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Yerena Muiños Díaz, Dra. Sara Toledo Lucho, Dra. Patricia Akaishi, Dr. Augusto Cruz

Objetivo: Describir hallazgos de TAC después de exanteración en 27 pacientes e identificar los factores que están involucrados en el desarrollo de la hyperostosis.
Métodos: Revisión de historias clínicas de 27 pacientes, con un rango de edad desde 33-99 años, que padecieron exanteración en KKESH, Riyadh, Arabia Saudi, y la Escuela de Medicina de Ribeirão, Preto, Universidad ode São Paulo, Brazil. Se recogieron datos demográficos, tipo de exanteración, diagnostic y TAC pre and post.
La relación entre hyperostosis y el tiempo postop, el sexo, edad, tratamiento adyuvante con radioterapia y el tipo de coverture de la órbita fueron evaluados con análisi multivariante de regresión logística.
Resultados: 17 (73,9%) órbitas tenían órbitas hiperostósicas. No se detectó masa en tejidos blandos en la órbita afecta, excepto en 2 casos con recurrencia local.
El unico factor asociado con la hiperostosis fue el el tratamiento inmediato de rehabilitación de la cavidad (odds ratio=0.13, 95% CI: 0.01 – 0.89). Hubo un 87,0% más bajo de oportunidades de tener hyperostosis en pacientes con cavidades recubiertas con colgajo miocutáneo.
TAC secuencial mostraba el engrosamiento oseo, comenzando como un mínimo uniforme o ondulad endosteal engrosamiento a lo largo de la pared orbitaria. Con un patrón específico, primero pared superior, lateral y luego medial, seguido de una apariencia laminada, progresando después a un hyperostosis homogenea y difusa. La nueva formación de hueso y crecimiento de éste son hallazgos tardíos. La hyperostosis se extiende a los huesos facials, más obvio a la maxilla. Algunos pacientes tenían engrosamiento mínimo del hueso frontal y temporal. Tambien se objetivó la neumatización de los senos paranasales.
Conclusiones: La hyperostosis después de una exanteración no es raro. Los radiólogos y cirujanos deben conocerlo para evitar diagnostico erróneo con recu-

rrencias, radionecrosis o infecciones. La obliteración de la cavidad con colgajo de miocutáneo reduce significativamente la hyperostosis post exanteration.

CP52 Regresión total transitoria de un gran carcinoma sebáceo periocular con quimioterapia intraarterial supraselectiva

Dra. Yoon Ah Kim, Dra. Diana Fuentes Ventura, Dr. Ignacio Maestre Mulas, Dr. Juan de Sahagun Riba García, Dr. Basilio Moreno García-Rubio

Caso clínico: Hombre de 48 años con un aumento de volumen indoloro progresivo en canto medial derecho de 6 meses de evolución. A la exploración: masa sólida eritematosa 5x5 cm que desplaza el globo ocular, y proptosis de 35 mm según oftalmometría de Hertel. AV 1.0, sin alteraciones pupilares ni diplopía. TAC y RNM describen una gran tumoración del canto interno con extensión intraorbitaria, y a la fosa nasal y pterigomaxilar con adenopatías locales. La biopsia incisional informa: carcinoma pavimentoso pobremente diferenciado, de alto grado de malignidad, de origen sebáceo. Estudio de diseminación negativo. Ante la irresecabilidad tumoral, se decide iniciar quimioterapia intraarterial supraselectiva con cisplastino. Tras 5 ciclos de quimioterapia y radioterapia simultánea, se logra remisión completa clinicoradiológica, sin embargo, a los 6 meses, recidiva el tumor en el mismo sitio. Pendiente de cirugía.
Conclusión: El carcinoma sebáceo periocular es un tumor poco frecuente, pero con una morbimortalidad significativa, y clásicamente la cirugía se ha descrito como su modalidad terapéutica primaria. En la última década, se han reportado casos con buenos resultados, en que la quimioterapia sistémica neoadyuvante ha sido efectiva, permitiendo posteriormente una cirugía menos mutilante. El caso expuesto apoya esta afirmación, y da un paso más allá a través de la quimioterapia intraarterial supraselectiva.

CP53 Efecto antiangiogénico de la Rapamicina en malformación vásculo linfática orbitaria con fístula arteriovenosa, osteolisis y extensión intracraneal

Dra. Laura Mariñas García, Dra. Yoon Ah Kim, Dra. Rebeca Vera Echevarría, Dr. Basilio Moreno García-Rubio, Dr. Ignacio Maestre Mulas, Dr. Juan de Sahagun Riba García

Material y Métodos: La malformación orbitaria combinada venoso-linfática (MOCVL) se define como un sistema vascular, congénito, abortivo, no funcional y hemodinámicamente aislado que arboriza a través de los tejidos adyacentes orbitarios en forma variable. Pueden tener extensión intracraneal, e incluso aquellas de gran tamaño se asocian frecuentemente a malformaciones vasculares intracraneales no contiguas localizadas con más frecuencia en la región cerebral media.

Pueden permanecer estables de forma inicial, pero suele asociar comorbilidad significativa causando desfiguración, disfunción de otros órganos y coagulación intravascular diseminada.

Caso clínico: Paciente de 20 años con malformación vascular venolinfática de bajo flujo en región subcutánea frontobasal, párpado y órbita derechas desde nacimiento con manejo conservador, además de derivación ventriculoperitoneal por hidrocefalia desde los 7 meses de edad. Acude a consulta por protopsis y enrojecimiento ocular de ojo derecho (OD). A la exploración presentaba en OD agudeza visual: 1.0, exoftalmos con limitación de la supra e infraducción. Diplopia a la dextroversión extrema. Quemosis e inyección ciliar intensa. Presión intraocular (PIO) de 16 mmHg. Tortuosidad vascular retiniana moderada sin edema de papila y campo visual (CV) normal. Los resultados de la Resonancia Magnética (RM), arteriografía cerebral y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) determinaron una extensión de la malformación vascular de bajo flujo con infiltración ósea del techo de la órbita y del ala menor del esfenoides con un componente de partes blandas intracraneal en fosa craneal media así como en región supraciliar, canto interno derecho y raíz nasal. Además de una fistula arteriovenosa derecha a seno esfenoparietal con dilatación de vena oftálmica y deformidad del nervio óptico. Ante estabilidad oftalmológica se decidió tratamiento conservador y resolución de problemas sistémicos. El paciente evolucionó con empeoramiento de exoftalmos e incremento de PIO de OD sin repercusión sobre el nervio óptico. En colaboración con Oncología Pediátrica y Neurocirugía se descarta tratamiento endovascular de lesión y se optó por tratamiento con Rapamicina 2 mg/24 h (inhibidor de mTOR) por su acción antiangiogénica. Tras 8 meses del tratamiento, manteniendo niveles plasmáticos entre 7-8, se objetivó disminución de la extensión intracraneal y de la ectasia de la vena oftálmica así como mejoría ligera del exoftalmos, la PIO y de los signos de inflamación ocular, manteniéndose estable el nervio óptico valorado por OCT y el CV.

Resultados: El manejo de estos pacientes debe ser tan conservador como sea posible ya que, debido a que arborizan a través de los tejidos orbitarios, no tienen límites precisos y, al ser de paredes muy friables, tienden a sangrar profusamente con facilidad. Algunos investigadores recomiendan la cirugía (resección, embolización, laserterapia y/o escleroterapia) en caso de una lesión muy circunscrita que cause proptosis importante o un defecto cosmético, sangrado interno de la lesión que cause dolor y proptosis severa o en casos de compresión del nervio óptico y de estrabismo. Dado que en nuestro paciente la lesión era infiltrativa, no presentaba signos de sangrado ni afectación de nervio óptico se descartó el tratamiento quirúrgico y se optó por tratarlo, de forma conjunta con Oncología, con rapamicina. Este fármaco, también denominado sirolimus, es un inmunosupresor con potencial antiangiogénico producido por la inactivación de la molécula mTOR y es, actualmente, el único inhibidor mTOR aprobado por la FDA, con un

perfil de seguridad conocido, siendo bien tolerado en niveles plasmáticos entre 5 y 15 ng/mL y con escasos efectos adversos. En la actualidad existen casos clínicos publicados en la literatura que demuestran su eficacia en esta patología. A corto plazo ha demostrado ser eficaz en nuestro paciente, consiguiendo una disminución significativa del volumen y extensión intracraneal, del diámetro de la vena oftálmica, de la proptosis y de la presión intraocular Sin embargo, no podemos descartar la necesidad futura de corticoterapia, interferón y/o bifosfonatos si no experimenta mejoría ósea.

CP54 Inflamación Orbitaria Idiopática: Dos formas de presentación atípicas

Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. Aguas Santas Sánchez Rull, Dra. Ana Alcántara Santillana, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz

Material y Métodos: La inflamación orbitaria no específica o idiopática, antiguamente mal llamada, pseudotumor inflamatorio; se caracteriza por un proceso inflamatorio benigno de la órbita producido por un infiltrado linfocitario polimorfo con diferentes grados de fibrosis, sin causa local o sistémica. Los síntomas y signos de presentación son variables; y dependerán de las estructuras mayormente afectadas, ya sea miositis, dacrioadenitis, escleritis, de polo posterior y difusas. El diagnóstico es de exclusión, y en múltiples ocasiones sólo la biopsia logra esclarecer el cuadro.Presentamos dos casos de inflamación orbitaria idiopática, que presentan síntomas atípicos de presentación.

Caso 1: Paciente de 59 años, HTA, que acude al S. urgencia por cuadro de 15 días de diplopía en la mirada a izquierda, con mínima limitación en la abducción, por lo que se sospecha afectación del VI par izquierdo. Sin dolor, ni otros síntomas asociados.RNM revela masa de comportamiento invasivo orbitaria izquierda, extraconal con compromiso del recto lateral e inferior. Frente a la sospecha de proceso linfoproliferativo versus pseudotumor, se realiza biopsia que descarta malignidad y certifica infiltrado linfoide inespecífico.La diplopía desaparece tras el tratamiento corticoidal.

Caso 2: Paciente de 47 años con enfermedad de Basedow Graves, presenta exoftalmos de OD de más de 5 meses de evolución. Sin más síntomas asociados.RNM revela aumento de musculo recto superior derecho, de glándula lagrimal, y de musculo elevador del PS, compatible con lesión neoproliferativa o pseudotumor inflamatorio. La biopsia certifica proceso inflamatorio, con buena respuesta a tratamiento corticoidal.

Resultados: No todos los pacientes con inflamación orbitaria idiopática presentan una evolución típica de dolor orbitario de progresión rápida con inflamación aguda periocular. Por lo que el estudio imagenológico y en ciertos casos la biopsia son imprescindibles para su diagnóstico.

CP55 Presentación de un caso: Exanteración paliativa en Melanoma de Coroides con invasión orbitaria

Dr. Joan Oliveres Martínez, Dr. Tirso Alonso Alonso

Introducción: Las metástasis por melanoma de coroides presentan una pobre respuesta a la quimioterapia y a la radioterapia, por lo que cuando existe afectación orbitaria y enfermedad sistémica, no estaría indicada la cirugía agresiva del tumor primario, ya que no mejoraría la supervivencia.
Caso clínico: Paciente con melanoma de coroides con invasión de Nervio óptico y partes blandas orbitarias y metástasis a distancia a nivel hepático. Presenta dolor que precisa analgesia diaria. Se decide exenteración con intención paliativa para control del dolor.
A los 6 meses de la exanteración el paciente se haya libre de enfermedad a nivel orbitario y patología hepática controlada. El paciente no presenta dolor a nivel orbitario con mejoría de la calidad de vida a pesar de la cirugía mutilante.
Discusión: Aún tratándose de una cirugía agresiva, la exanteración se pudiera considerar como una técnica paliativa para el control de el dolor en pacientes con melanomas de coroides no tributarios de tratamiento curativo y con dolor no controlable a nivel orbitario.

CP56 Ptosis palpebral unilateral como manifestación de metástasis orbitaria bilateral en carcinoma de mama

Dr. Juan Carlos Pastor Bernier, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Caso clínico: Mujer de 65 años con antecedente de un carcinoma mucinoso de mama derecha hacía 15 años tratado mediante cirugía conservadora y radioterapia y quimioterapia coadyuvantes.
En seguimiento por oncología actualmente con múltiples lesiones blásticas compatibles con metástasis costales, claviculares, esternales y escapulares en tratamiento con hormonoterapia.
Acude al servicio de oftalmología por ptosis unilateral derecha moderada-severa (DMR1= 0-1) de semanas de evolución, que ocluye parcialmente el eje pupilar. El resto de la exploración oftalmológica era normal en ambos ojos.
Ante el antecedente de carcinoma metastásico de mama se pidió TAC orbitario evidenciando un aumento de partes blandas de características infiltrativas y contornos mal definidos en ambas órbitas, sobre todo a nivel de párpado superior derecho y grasa intracónica derecha. Se comentó el hallazgo con oncología iniciando tratamiento con radioterapia holocraneal obteniendo una mejoría de la ptosis palpebral.

Conclusiones: Diversas publicaciones avalan al cáncer de mama como la principal causa de metástasis oculares, representando entre el 10 y el 70% de las mismas.
La detección clínica de las mismas es infrecuente, presentándose en estadios avanzados de la enfermedad.
Ante cualquier paciente oncológico con clínica de reciente comienzo y sobre todo en casos unilaterales, debemos pensar siempre en la posibilidad de una metástasis ocular u orbitaria y pedir pruebas de imagen complementarias.
En la actualidad la paciente presenta progresión de su enfermedad metastásica tanto a nivel sistémico como orbitario, en seguimiento por oncología y oftalmología.

CP57 Caso atípico de celulitis orbitaria como primera manifestación de Sindrome de Gardner

Dra. Ivonne Lorena Pereira Garzón, Dr. Fernando Rodríguez Álvarez, Dra. Maria Mas Castells, Dra. Yésica de la Fuente Díez, Dr. José Antonio Buil Calvo

Material y Métodos: Paciente varón de 31 años quien consulta por cuadro de proptosis izquierda, asociado a edema palpebral, disminución de la agudeza visual, fiebre y malestar general. A la valoración oftalmológica se evidencia desplazamiento inferior del globo ocular, quemosis marcada, importante edema y eritema palpebral, oftalmoplejia y palpación de una masa dura a nivel frontal; en el fondo de ojo se observa edema de papila e hipertrofia del epitelio pigmentario. El TAC craneal muestra una masa ósea frontal y se realiza un diagnostico por anatomía patológica de osteoma frontal. A la exploración dermatológica presenta quistes epidermoides y a la valoración digestiva se encuentran pólipos en recto y colon.
Resultados: El paciente se ingresa para tratamiento con antibioticoterapia y corticoides endovenosos; posteriormente se realiza cirugía para exeresis por vía hemicoronal, con resolución del cuadro infeccioso y disminución de la propstosis.

CP58 Miositis orbitaria por Mycobacterium tuberculosis

Dr. Carlos Plaza Laguardia, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. Álvaro Toribio García, Dra. Bárbara Martín Escuer, Dr. Felipe Costales Mier

Material y Métodos: Presentamos un paciente varón de 62 años que acudió por enrojecimiento e inflamación ocular con disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo de 2 meses de evolución Presentaba vascularización epiescleral y quemosis en segmento inferior. Tanto el TAC como la RMN evidenciaron una miositis orbitaria izquierda con engrosamiento del recto medial, inferior y lateral e inflamación de grasa intraorbitaria extraconal, con diagnóstico de probable inflamación orbitaria inespecífica. Se solicitó analítica con parámetros de autoinmunidad, subtipos de inmunoglobulinas, subpoblaciones linfocitarias, proteinograma, y marcadores infecciosos, con el único hallazgo de IFN-TB positivo. En la radiografía

de tórax se apreció alguna adenopatía milimétrica calcificada. La OCT mostró un edema macular de 497 micras con desprendimiento de la retina neurosensorial. La autofluorescencia objetivó actividad en polo posterior. Se realizó biopsia de músculo recto medial, sin aparecer signos de proceso linfoproliferativo, vasculitis ni granulomas. Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria orbitaria inespecífica se instaura tratamiento con prednisona, con mejoría parcial, pasando posteriormente a ciclosporina. Tras dos meses de tratamiento empeoró llegando a 703 micras de edema macular en OCT. Se confirmó la escleritis posterior mediante una nueva RMN y se solicitó TAC torácico de alta definición ante la sospecha de etiología tuberculosa, con los hallazgos de nódulo pulmonar periférico calcificado en segmento posterior de LID y adenopatías calcificadas subcarinales e hiliares, e interlobares y segmentarias derechas (secuelas de TBC primaria: complejo de Ghon). Ante estos hallazgos se inicia tratamiento con isoniazida, pirazinamida, rifampicina y etambutol, además de una inyección intravítrea de antiangiogénico.
Resultados: La respuesta ha sido favorable de manera progresiva. Al mes de tratamiento la agudeza visual pasó de 0,4 a 0,8, presentando una disminución del edema macular (396 micras) que se resolvió por completo a los seis meses. En la autofluorescencia se objetivó un descenso de la actividad, disminuyendo los puntos hiperfluorescentes y apareciendo zonas de hipofluorescencia macular. La quemosis conjuntival persistió dos meses más, resolviéndose por completo tras un año de tratamiento.
Presentamos un caso de miositis orbitaria, asociada a escleritis posterior y edema macular de etiología tuberculosa. El edema macular puede coexistir con inflamaciones orbitarias inespecíficas. También se han descrito casos de miositis orbitaria por contigüidad del proceso inflamatorio en el contexto de una escleritis posterior, afectando generalmente al tercio proximal muscular.
Nuestro caso presenta inflamación de los músculos en el tercio central, y por tanto lo consideramos una miositis orbitaria primaria, con la coexistencia de la escleritis posterior. Se trata de una inflamación orbitaria de etiología tuberculosa, con recuperación del proceso inflamatorio tras tratamiento.
En la revisión bibliográfica no hemos encontrado publicaciones previas de pacientes con miositis relacionadas etiologicamente con Mycobacterium tuberculosis.

CP59 Afectación cerebral y orbitaria bilateral en paciente VIH

Dra. Laura Porrúa Tubio, Dra. Encarnación Mateos Sánchez, Dra. Marta Gómez Mariscal

Material y Métodos: Presentación de un caso clínico de afectación cerebral y orbitaria bilateral en un paciente con diagnóstico de VIH y revisión de la literatura.
Paciente de 40 años, con diagnóstico de VIH, remitido a nuestro centro por lesiones ocupantes de espacio en ambas órbitas.

A la exploración se comprueba una agudeza visual de 1 en ojo derecho (OD) y 0.3 en ojo izquierdo (OI), con limitación a la supraducción de OI, una exoftalmometría de 20mm OD y 23 mm OI, así como la presencia de pliegues coroideos en OI. Las pruebas de imagen (TC y RNM orbitarias) concluyen la presencia de tumor sugestivo de quiste dermoide en cuadrante superoexterno de órbita derecha y tumor a filiar, con tenue captación de contraste y efecto masa dependiente de glándula lagrimal izquierda.

Se realiza extirpación de ambos tumores, en dos tiempos quirúrgicos, mediante orbitotomía superior por surco palpebral, confirmándose el diagnóstico de adenoma pleomorfo en órbita izquierda, y lesión quística de contenido necrótico y reacción inflamatoria crónica en órbita derecha, sin características neoplásicas.

En TC de control a los 6 meses se descartan signos de recidiva o persistencia tumoral en ambas órbitas, pero se encuentran lesiones sugestivas de toxoplasmosis cerebral. El paciente finalmente fallece por este motivo.

Resultados: El paciente es recibido en nuestro centro con los diagnósticos de presunción de quiste dermoide orbitario derecho y tumoración a filiar dependiente de glándula lagrimal izquierda, ante esta situación otorgamos prioridad a la filiación de la tumoración izquierda, que es además la ocasionante de la sintomatología del paciente. La anatomía patológica revela una etiología benigna (adenoma pleomorfo de glándula lagrimal), por lo que en cuanto comprobamos curación y no recidiva de este tumor, se programa la extirpación del presunto quiste dermoide contralateral. La anatomía patológica en este caso no resulta concluyente pero se comprueba en imágenes posteriormente la no recidiva del cuadro, así que el paciente permanece en seguimiento hasta el diagnóstico casual de una toxoplasmosis cerebral.

La infección por VIH, así como otras causas de inmunodepresión se ha relacionado ampliamente con el desarrollo de tumores. Aunque no exista una relación causal con tumores como el adenoma plemorfo, es evidente que el estado de disregulación inmune provocado por la infección, puede favorecer el crecimiento de tumores.

Revisando posteriormente con los anatomo-patólogos, los resultados histológicos de la lesión orbitaria derecha, encontramos grandes similitudes con la histología que pudiera presentar una lesión toxoplásmica: la presencia de necrosis tisular, reacción inflamatoria crónica histiocitaria y gigantocelular, con focos de hemosiderina y la presencia de calcificación distrófica. Estos datos correlacionados con el aspecto de la lesión en pruebas de imagen nos llevan a pensar en una posible etiología toxoplásmica para esta lesión granulomatosa. En un alto porcentaje de casos no se observa la presencia de Toxoplasma gondii en la histología de estas lesiones, siendo necesarias otras pruebas ante un cuadro sugestivo, por lo que no resulta raro no haber dado con el diagnóstico inicialmente. Desgraciadamente no podemos profundizar más en la investigación pues la toxoplasmosis cerebral diagnosticada en el TC de control acabó con la vida del paciente.

CP60 2 casos de linfomas oculares inusuales

Dra. Jessica Rodríguez Bonet, Dra. María Rosa Bonilla Quijada, Dr. Javier Corsini López García

Presentamos 2 casos de linfomas poco comunes bien por su histología o por su edad de presentación.

Caso 1: Mujer de 85 años, con antecedentes de linfoma no Hodgkin de células del manto diagnosticado a raíz de adenopatías axilares, estadio IIIA en 2011 con recidiva en 2013 y buena respuesta a quimioterapia en ambas ocasiones. Se presentó de urgencias con edema y eritema en canto medial del ojo derecho. El cuadro se orientó como dacriocistitis aguda y se inició tratamiento antibiótico. En el control de la semana se objetivó un empeoramiento severo del cuadro con aumento del edema y eritema periorbitarios con induración palpebral que disminuía la hendidura palpebral así como limitación de la motilidad en todas las posiciones de la mirada. La TAC orbitaria mostró una masa difusa en el espacio extraconal con afectación de glándula lagrimal y conducto nasolagrimal. Se decidió biopsia de glándula lagrimal que confirmó recidiva orbitaria de LNH del manto. Tras tratamiento con prednisona e ibrutinib, se consiguió resolución completa de los síntomas y signos orbitarios.

Caso 2: Niño de 13 años sin antecedentes patológicos de interés remitido a nuestro centro para valoración de ptosis progresiva en ojo izquierdo de 1 año de evolución. En la exploración física se evidenciaba una agudeza visual de 1.0 en ambos ojos, función motora conservada, pupilas y fondo de ojo sin alteraciones. Al evertir el párpado superior se apreció una reacción folicular marcada afectando tanto a fórnix superior como inferior así como lesiones asalmonadas en conjuntiva bulbar. Se realizó resonancia magnética que descartó afectación orbitaria y la biopsia conjuntival confirmó la presencia de linofoma MALT de bajo grado. Actualmente está pendiente de estudio de extensión y tratamiento.

Resultados: A pesar de que el LNH es el tumor maligno más frecuente en la órbita, el LNH de células del manto representa sólo el 6% de los linfomas y la afectación extranodal orbitaria y de anejos oculares es rara. Dada la dificultad en su tratamiento y la alta tasa de recidivas, es conveniente tener un alto nivel de sospecha si los pacientes con este antecedente presentan signos o síntomas de afectación orbitaria.

Por otro lado, el linfoma tipo MALT es el tipo histológico más frecuente (40-70%) aunque se presenta sobre todo en adultos a partir de la quinta década y su aparición en niños es extremadamente rara. En nuestro contexto cabe destacar la importancia de una exploración exhaustiva en un niño con ptosis adquirida.

CP61 Dacrioadenitis por IgG4 en paciente con diagnóstico previo de orbitopatía de Graves (OG): una relación poco común

Dra. Carla Santalla Castro, Dra. Paloma Rozas Reyes, Dra. Susana Junceda Antuña

La enfermedad relacionada con IgG4, es una entidad de reciente diagnóstico caracterizada por una infiltración rica en células plasmáticas IgG4 a nivel de múltiples órganos, generando lesiones tumefactas que ocasionan aumento y/o disfunción del órgano afecto.
La órbita es la 5.ª localización en frecuencia de afectación, siendo la glándula lagrimal la localización más comúnmente implicada. Su etiología es todavía desconocida, aunque se ha relacionado con la presencia de asma y rinitis alérgica.
Caso clínico: Mujer, 45 años. Diagnosticada de enfermedad de Graves (EG) 10 años antes, que se acompañó de OG y requirió tiroidectomía subtotal y posterior descompresión orbitaria bilateral, encontrándose estable hasta la fecha. Acude a Urgencias por aparición de nódulo en reborde supraorbitario derecho, de crecimiento progresivo el último mes. No asocia pérdida de visión ni sintomatología sistémica.
A la exploración presenta edema y eritema de párpado superior derecho, con nódulo indurado de aproximadamente 2 cm, correspondiente al lóbulo palpebral de la glándula lagrimal, ligeramente doloroso a la palpación y no adherido a planos profundos. El resto de la exploración oftalmológica, analítica básica y PCR resultan normales, por lo que se pautan corticoides orales y se solicita RMN orbitaria y pruebas para descartar enfermedad autoinmune sistémica.
Tras una semana, la paciente presenta gran disminución de la tumoración, por lo que continúa con pauta esteroidea descendente, presentando empeoramiento con dosis por debajo de 5 mg/día. Se realiza RMN orbitaria, en la que se informa la presencia de formación nodular de 2,5 cm de diámetro originada en la glándula lagrimal derecha, que condiciona cierta restricción de la difusión y realza de forma uniforme, siendo necesario estudio histológico para diagnóstico diferencial entre dacrioadenitis y linfoma. Se realiza biopsia escisional de la lesión y se pautan 75 mg de prednisona a dosis descendente presentando el estudio histológico e inmunohistoquímico un importante infiltrado de células plasmáticas con significativa inmunoreactividad para IgG4, característico de la enfermedad relacionada con la IgG4, no siendo compatible con proceso linfoproliferativo, por lo que se deriva a la paciente a Medicina Interna para estudio de extensión de la enfermedad y valoración de tratamiento inmunosupresor.
Todos los estudios resultaron normales, salvo el hallazgo de un patrón ventilatorio obstructivo compatible con asma no conocida en la espirometría.
Actualmente la paciente lleva un año asintomática y sin tratamiento de base.
Conclusiones: La relación entre la enfermedad relacionada con la IgG 4 y las enfermedades tirodeas ha sido previamente investigada, encontrándose fuerte aso-

ciación entre ésta y algunos tipos de tiroiditis autoinmune (Riedel, Hashimoto), sin embargo existen datos limitados sobre su relación con la EG.
En nuestro caso, los hallazgos histopatológicos de la glándula lagrimal son característicos de una dacrioadenitis por IgG4, que podría estar en relación con un disbalance inmunológico de los linfocitos T helper activados y las CK producidas por los linfocitos T reguladores.
La EG se considera un trastorno autoinmune mediado fundamentalmente por los linfocitos T helper, por lo que la coexistencia de enfermedad IgG4 en paciente con OG previa podría no ser un hallazgo incidental, sino explicarse por mecanismos patogénicos comunes entre ambas condiciones.

CP62 Síndrome de Parry Romberg: a propósito de un caso

Dr. Néstor Ventura Abreu, Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dr. Gabriel Arcos Villegas, Dr. Ángel Romo López, Dr. Juan Antonio Troyano Rivas

Material y Métodos: El síndrome de Parry Romberg es un cuadro que se caracteriza por una atrofia hemifacial progresiva de años de evolución, que cursa con manifestaciones no solo cutáneas, si no también oftalmológicas prácticamente a cualquier nivel, y manifestaciones neurológicas que pueden coexistir o aparecer de manera más tardía que las manifestaciones cutáneas. A raíz de un caso clínico, hemos realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed (Progressive hemifacial atrophy, Facial atrophy, Facial hemiatrophy, Parry-Romberg syndrome, Romberg's syndrome), y presentamos la evidencia fotográfica de la evolución de la hemiatrofia en nuestra paciente, desde la primera vez que vino a la consulta (2008) hasta la última visita en nuestro departamento en 2016.
Resultados: Presentamos el caso de una paciente de 29 años con antecedente de neuritis óptica derecha a la edad de 18 años. En el momento del diagnóstico, se objetiva además una atrofia septal segmentaria en párpado superior derecho, sin otros hallazgos. Se decide realizar fotografía de control. La paciente no refiere molestias, y se decide seguimiento ambulatorio que la paciente no realiza dada la ausencia de sintomatología. Once años después, la paciente acude de nuevo a nuestro servicio de Oculoplastia por profundización del surco palpebral superior, de un año de evolución. Se observa una marcada profundización del surco palpebral del ojo derecho, con lagoftalmos de 3 mm, y hemiatrofia del tercio superior de la hemicara derecha. Tras descartar patología orbitaria y neoplasia mediante prueba de imagen, se pide interconsulta a Neurología y Dermatología, quienes confirman el diagnóstico de síndrome de Parry Romberg. Ante casos de este tipo, con una semiología y curso clínico tan larvado y heterogéneo, la correcta y minuciosa anamnesis, apoyado por un registro con imágenes, facilita el diagnóstico y seguimiento de enfermedades tan poco incidentes como el síndrome de Parry Romberg.